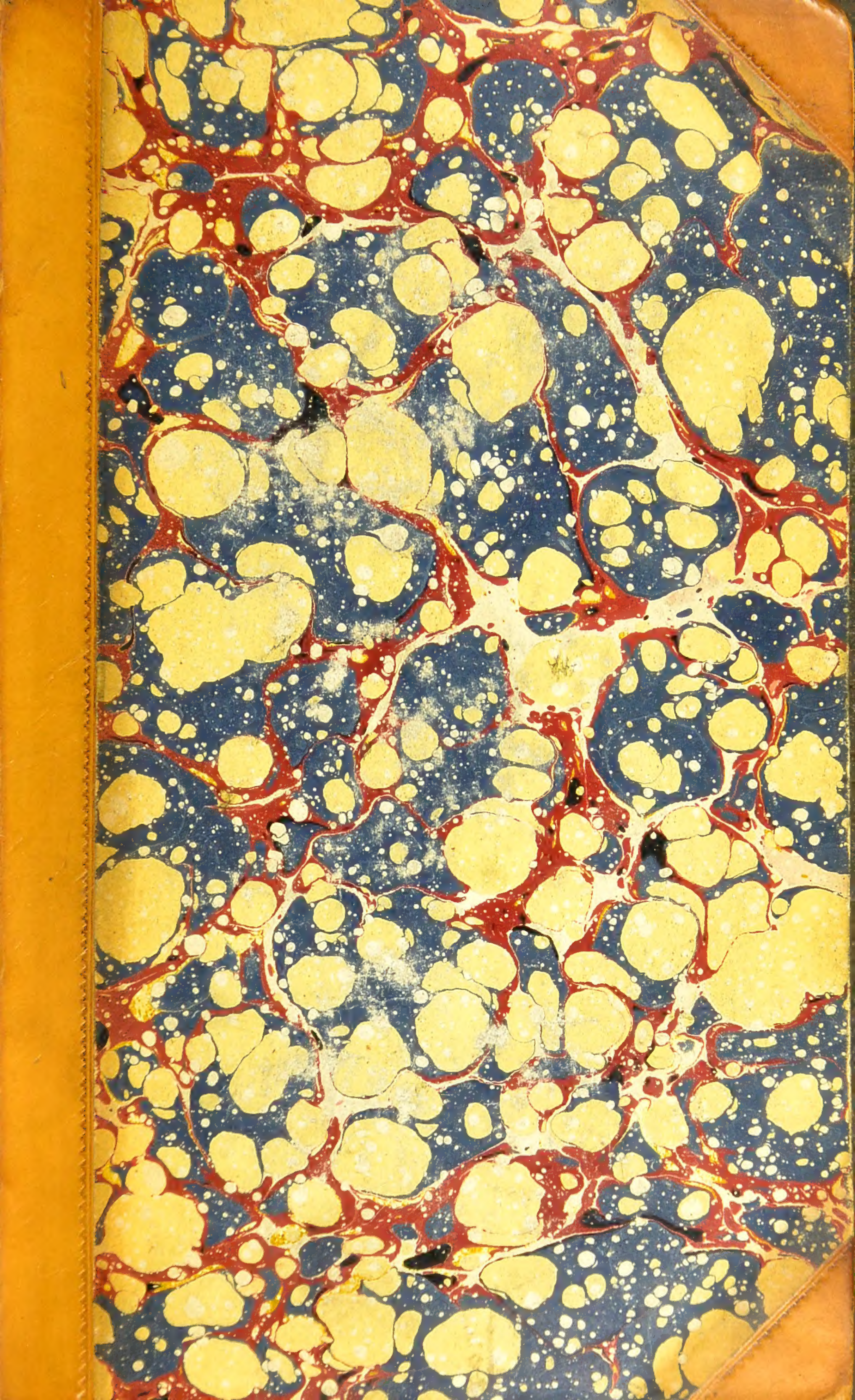


[illegible]

PATHOLOGIE

MÉDICALE.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ÉLÉMENS
DE
PATHOLOGIE
MÉDICALE,

PAR

A. P. REQUIN, D. M. P.,

MÉDECIN DE LA MAISON ROYALE DE SANTÉ, PROFESSEUR-AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR; MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE NAPLES, DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON, ETC.

TOME DEUXIÈME.

PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17;

A LONDRES, Chez H. Baillière, 219, Regent-Street.
A LEIPZIG, Chez Brockhaus et Avenarius, Michelsen.
A LYON, Chez Savy, 14, place Louis-le-Grand.
A FLORENCE, Chez Ricordi et Jouhaud.
A MONTPELLIER, chez Castel, Sevalle.

1846.

AVERTISSEMENT.

Mes chers lecteurs,

Vous, lecteurs bienveillans, à qui je m'adressais particulièrement dans l'avant-propos de mon premier volume ; vous, dont j'invoquais et dont j'espérais la précieuse protection ; vous qui, nonobstant les défauts de mon esprit, les lacunes de mon savoir, et toutes les imperfections de mon œuvre, avez accueilli ce premier volume avec beaucoup d'indulgence et quelque peu d'estime :

Voici un second volume que je viens mettre encore sous l'abri de votre optimisme ; tant je crains, tant je suis sûr d'encourir les justes mais trop souvent impitoyables sévérités de la critique !

Voici un second volume ; et cependant, malgré la promesse que mon éditeur et moi avions faite au public de renfermer en deux volumes la *Pathologie médicale*, ma tâche n'est pas terminée.

Pour avoir manqué à une semblable promesse, suis-je en risque de perdre, ce qu'à Dieu ne plaise, votre faveur et votre appui ?

Vous ne songerez certainement pas à murmurer l'accusation de spéculation mercantile, et à vous plaindre d'un grossissement typographique de la production intellectuelle, tel qu'on le voit aujourd'hui assez à la mode en mainte sorte de littérature, et même en littérature médicale. Vous ne reprocherez certainement pas à nos

volumes ni d'être de mesquine épaisseur et de ne compter que trop peu de pages, ni d'avoir ces pages trop peu noircies, à caractères trop gros, à justification trop étroite, à interlignes trop usurpateurs.

Reste donc un tort bien involontaire et purement imputable aux bornes de l'esprit; le tort, si c'en est un, de n'avoir pas, dès le principe, pressenti exactement ce que formerait de matière en manuscrit, et en impression, le développement de la pathologie médicale tout entière, dans les formes et les proportions où je concevais, par exemple, l'histoire de tel ou tel genre de maladie en particulier, de façon à fournir aux étudians et aux jeunes praticiens un résumé élémentaire, mais pourtant suffisamment instructif et substantiel, des faits fondamentaux de la science et des règles essentielles de l'art.

Or, si tant est que les formes, que les proportions dans lesquelles j'ai traité les matières du premier volume aient trouvé grâce devant vos yeux, si elles ne vous ont point paru radicalement mauvaises, démesurément prolixes. stérilement exubérantes, j'espère que vous me pardonnerez la nécessité où me voilà de dépasser des limites mal appréciées à première vue, et d'écrire encore un nouveau volume, un volume troisième, mais qui doit être irrévocablement le dernier. J'espère que vous aurez devancé vous-mêmes mon apologie, en prévoyant cet indispensable agrandissement de mon œuvre : tant il était impossible, une fois, à tort ou à raison, la part faite au premier volume fort en-deçà de la moitié du domaine médical, qu'un autre volume eût suffi seul à accomplir convenablement le reste de ma tâche! Il n'y aurait suffi qu'au prix d'un fâcheux revirement dans la manière d'exposer les choses, qu'au prix d'une méthode beaucoup trop sommaire, et

que dans des proportions rétrécies, écourtées et tout-à-fait en désaccord avec le commencement. Vous n'avez sans doute pas oublié que, dans le plan nosographique d'après lequel j'ai cru à propos de composer mon livre, et dont j'ai développé les motifs dans mon Esquisse de nosologie générale (voir surtout les numéros 14, 15, 18, 27, 28 et 67), les affections médicales se distribuent en quatre groupes principaux, ou quatre sections de pathologie spéciale.

La *première section*, je le répète ici, comprend les genres de maladies médicales qui sont établis et dénommés au point de vue de la nosographie organique, c'est-à-dire d'après la considération d'un vice matériel d'où dérive et dépend toute la phénoménalité morbide. La voilà enfin terminée avec le présent volume, cette première section de la pathologie spéciale, cette nosographie organique, subdivisée en treize familles, toutes treize si importantes dans la théorie et la pratique de la médecine, et comptant presque toutes une liste nombreuse de genres et d'espèces! Si, sans avoir lu mon livre, mais sur un simple coup d'œil négligemment accordé à mon plan et rien qu'aux compartimens primaires de ce plan, quelques médecins vont tout de suite s'étonner que, après le demi-volume consacré à la pathologie générale, la première section de la pathologie spéciale ait déjà accaparé un volume et demi, et que je ne me sois réservé qu'un seul volume, un seul irrévocablement, pour les trois autres sections, il suffira, ce me semble, de nommer à ces médecins les treize familles dont il s'agit (1° *vices de proportion du sang*, 2° *hypérémies*, 3° *hémorragies*, 4° *inflammations*, 5° *hypertrophies*, 6° *atrophies*, 7° *gangrènes*, 8° *tuberculisations*, 9° *cancers*, 10° *hydropisies*, 11° *flux*, 12° *pneumatoses*,

13° *vices organiques divers*). A une semblable énumération, ils ne s'étonneront plus du tout, j'imagine, de l'étendue relative que cette première section a exigée ; car ils ne manqueront certainement pas d'entrevoir là, tout aussitôt, un traité presque complet d'anatomie pathologique dans un ordre nosographique.

Que nous reste-t-il donc à étudier dans les deuxième, troisième et quatrième sections?

La *deuxième section*, sous le titre de nosographie étiologique, doit étudier les genres de maladies médicales institués exclusivement, ou du moins principalement, d'après le point de vue de la cause, soit déterminante (86), soit spécifique (89), à laquelle les altérations matérielles et fonctionnelles de l'économie, quelque aspect qu'elles puissent prendre, sont évidemment imputables. Telles sont, notamment, les maladies causées par les animaux parasites (la gale, par exemple, ou les maladies vermineuses). Tels sont les empoisonnemens de toute sorte. Telles sont les maladies varioliques, la rougeole, la syphilis, la rage, la morve, etc.

La *troisième section* doit étudier les deux genres de maladies que la nosographie est réduite à ne reconnaître et à ne définir que suivant la méthode symptomatique. Force est bien, en effet, de nous résigner à cette méthode, d'ailleurs si défectueuse et si arbitraire, toutes les fois qu'il ne nous est plus permis de caractériser les maladies ni d'après l'altération organique qui les constitue, et qui jusqu'à présent est demeurée invisible ou impossible à déterminer, ni d'après la présence d'une cause spéciale qui n'est pas suffisamment démontrée à leur égard, ou qui même n'existe pas du tout. Force est bien, par exemple, de poser ainsi l'embarras gastrique, la fièvre inflamma-

toire, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, l'hystérie, l'hypocondrie, la manie, etc., etc.

Enfin, la *quatrième et dernière section* est celle que je réserve pour certaines affections superficielles, comme les taches de rousseur, l'alopécie, la canitie, etc. : affections qui, uniquement bornées à la surface extérieure du corps, ne méritent véritablement pas le nom de maladies, ne constituent pas en elles-mêmes un dommage réel pour la santé, et ne sont essentiellement qu'une imperfection de la beauté physique. Inutile sans doute de faire remarquer que cette section-là n'obtiendra, à la fin du troisième et dernier volume, qu'un bien petit nombre de pages : *Penè ineptiæ sunt curare varos et lenticulas et ephelidas* (Cels., lib. VI, cap. II).

A.-P. REQUIN.

Paris, 15 janvier 1846.

ÉLÉMENS
DE
PATHOLOGIE MÉDICALE.

NOSOGRAPHIE ORGANIQUE.

CHAPITRE IV
(SUITE).

INFLAMMATIONS.

ARTICLE XXXI.

MÉNINGITE.

Auteurs contemporains. — D'après le terme de *Méninge*, — Μήνιγξ, génitif Μήνιγγος, Hipp. : — terme spécialement attribué aux membranes qui enveloppent l'encéphale et la moelle épinière. — Est-ce dans la thèse inaugurale de Herpin que le mot *Méningitis* a paru pour la première fois?

(Voir n°s 303-4.)

557. *Bibliographie.* — BOERHAAVE. — (*Aphorismi*) n. 771 — 82. *Phrenitis.* — Plus, les *Commentaires* de Van Swieten.

HERPIN. *Méningitis, ou inflammation des membranes de l'encéphale.* Th. inaug. Paris, 1803, n° 391 (in-8°).

BRICHETEAU. *Hydropisie aiguë des ventricules du cerveau chez les enfans.* Thèse inaug. Paris, 1814, n° 203.

— *Traité théor. et prat. de l'hydrocéphale aiguë.* Paris, 1829, in-8°.

CHOMEL. *Observation sur une inflammation aiguë des méninges sans mouvement fébrile.* (Dans le *Nouveau Journal de méd., chir., pharmac.*, etc., *par Béclard*, etc., août 1818.)

CRUVEILHIER. — (*Méd. pratiq. éclairée par l'anat. et la physiol. pathologiques.*) Pag. 11-29, *Considérations générales sur la maladie cérébrale des enfans*, ou *hydrocéphale ventriculaire aiguë.*

— (*Anat. pathol.*) Livraison VIII, planche 4, figure 1re, *Méningite.*

Parent-Duchatelet et Martinet. *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale.* Paris, 1821, in-8°.

Abercrombie. — (*Pathological and practical researches on diseases of the brain and the spinal cord.* Édimbourg, 3me édit., 1834, in-8°. — Traduction française, par M. Gendrin, avec notes. Paris, 2me édit, 1835, in-8°.) Voir la 1re partie : *Des affections inflammatoires de l'encéphale.*

Piorry. *De l'irritation encéphalique, ou de la fièvre cérébrale des enfans.* Paris, 1823, in-8°.

Senn. *Recherches anatomico-pathologiques sur la méningite aiguë des enfans.* Paris, 1825, in-8°.

Andral. — (*Clin. méd.*, — t. V.) Livre 1er, *Maladies des enveloppes de l'encéphale.* — (Pag. 1-216.)

Bayle. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.* T. Ier (le seul qui ait paru). Paris, 1826, in-8°. — Là, il est question uniquement de la méningite encéphalique chronique, considérée comme cause d'aliénation mentale avec paralysie incomplète.

Charpentier. *De la nat. et du trait. de la maladie dite hydrocéphale aiguë* (méningo-céphalite des enfans). Paris, 1829, in-8°.

Lallemand. — (*Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances.*) Voir *passim*, d'après les indications de la *table alphabétique des matières* (art. *Arachnitis* et art. *Pie-mère*).

Foville. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. XI, p. 401-21.) — Art. *Méningite.*

Rufz. *Quelques recherches sur les symptômes et sur les lésions anatomiques de l'affection décrite sous les noms d'hydrocéphale aiguë*, etc., *chez les enfans.* Thèse inaug. Paris, 1835, n° 42.

Piet (Jules-Auguste). *Dissertation sur la méningo-céphalite tuberculeuse des enfans.* Thèse inaug. Paris, 1836, n° 279.

Valleix. *De la méningite tuberculeuse chez l'adulte* (Dans les *Archives*, janvier 1838). — Article principalement appuyé sur les faits que M. Lediberder avait recueillis et consignés dans sa thèse inaugurale. (*Essai sur l'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère.* Paris, 1837.)

Becquerel (Alfred). *Recherches cliniques sur la méningite des enfans.* Paris, 1838, in-8°.

Tanquerel-Desplanches. *Observation de méningo-céphalite ayant offert des circonstances remarquables.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1838, p. 181-2.)

Guersant. — (Dans le *Répertoire gén. des sc. méd.*, t. XIX, p. 387-438). — Article *Méningite.*

Ollivier (d'Angers). — (*Traité des maladies de la moelle épinière.*) — T. II, chap. 7, *Méningite rachidienne.*

CHAUFFARD (médecin de l'hôpital d'Avignon). *Mémoire sur des cérébro-spinites qui ont régné en* 1840 *et* 1841 *pendant l'hiver*, *et qu'il a fallu traiter par l'opium.* (Dans la *Revue médicale*, mai 1842.)

FORGET. *Méningite encéphalo-rachidienne de Strasbourg.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1842, nos 15, 16, 17, 19 et 20.)

TOURDES. *Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Strasbourg en* 1840 *et* 1841. Strasbourg, 1843, in-8°.

CHAUFFARD (Émile). *Étude comparative des deux épidémies qui ont régné simultanément à Strasbourg et à Avignon.* (Dans la *Revue médicale*, mai 1842.)

ROLLET. *De la méningite cérébro-rachidienne et de l'encéphalo-méningite épidémique.* Paris, 1844, in-8°. — Travail précédemment publié dans les *Mém. de l'Ac. roy. de méd.*, t. X. Paris, 1843, p. 291-385.

FAURE-VILLAR. *Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à l'hôpital militaire de Versailles*, *en* 1839. Paris, 1844, in-8°.

BROUSSAIS (Casimir). *Histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné épidémiquement dans différentes garnisons*, *en France*, *depuis* 1837 *jusqu'en* 1842. Paris, 1843, in-8°. — Malheureusement, dans les premières années où cette épidémie a sévi, les médecins des hôpitaux militaires n'ont pas eu recours aux préparations opiacées, administrées depuis avec tant de succès par M. Chauffard et M. Forget.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Traité clin. et prat. des mal. des enfans.*) — T. Ier, p. 626-42, *Méningite simple*; — p. 670-3, *Méningite rachidienne.* — T. III, p. 492-551, *Méningite tuberculeuse.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. VI, p. 1-13, art. *Méningite*; — p. 13-17, art. *Méningite spinale*; — p. 17-29, art. *Méningite cérébro-spinale épidémique.*)

558. *Définition.* — Sous le nom de *méningite*, on entend spécialement l'inflammation de la membrane séreuse appelée arachnoïde, et du tissu cellulaire sous-séreux qui existe et se comporte d'une façon si remarquable entre cette séreuse et la substance nerveuse, et constitue là une sorte de membrane, une autre méninge, appelée pie-mère.

Quant à l'inflammation de la dure-mère, cette méninge de nature fibreuse et qui ne s'enflamme qu'assez rarement et guère autrement qu'à titre d'affection traumatique, dans les plaies de tête (voir en *Pathologie chirurgicale*), l'usage n'est pas de comprendre cette inflammation-là dans l'histoire de la méningite proprement dite; et cependant, là même, il y a toujours méningite dans le sens restreint du mot, puisque,

à coup sûr, la dure-mère ne peut être enflammée sans que le feuillet arachnoïdien qui la tapisse ait une part au molimen inflammatoire.

559. *Synonymie.* — A. Arachnitis ou Arachnoïdite : chez la généralité des auteurs d'il y a dix à quinze ans; ce qui, toutefois, n'était pas un terme très exact. Car, la plupart du temps du moins, et surtout dans les cas graves, — en conformité, ou, disons mieux, à l'appui de l'assertion par nous ci-dessus avancée, que le siége réel du molimen inflammatoire est bien moins dans le mince tissu des membranes séreuses que dans le tissu cellulaire sous-séreux (303), — les altérations anatomiques se montrent ici plus constantes et plus considérables dans l'épaisseur de la pie-mère que sur l'arachnoïde même.

B. Piitis : mot hybride, préféré par quelques médecins, en raison, sans doute, de la considération d'anatomie pathologique que je viens d'émettre (A). Mais ce mot, il faut le dire, n'a pas fait fortune.

C. Pie-mérite ! ! !.. (le croirait-on ?) dans les écrits de certains auteurs, qui ne reculent pas devant les mots les plus barbares, et ne se font pas scrupule de violer les règles les plus élémentaires de la philologie.

560. *Remarque préliminaire.* — Quoi qu'en puissent penser et dire certains esprits, il est bien impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir, autrement qu'au point de vue anatomique, une distinction complète, une démarcation absolue entre la méningite et l'inflammation du parenchyme nerveux subjacent. Oui, cela est impossible en tant qu'on envisage, non pas le cadavre, mais le malade vivant, en tant qu'il s'agit, non pas simplement de nécroscopie, mais de médecine clinique. En effet, les symptômes qui peuvent déceler une méningite ne sont rien autre chose qu'une perturbation des fonctions de l'encéphale ou de la moelle épinière, ou tout à la fois de l'un et de l'autre, selon le siége et l'étendue de la méningite même; voilà tout, ni plus ni moins. Or, en admettant ici, je le veux bien, qu'en certains cas ces troubles de sensibilité, d'intelligence et de locomotion ne soient dus qu'à l'ébranlement sympathique du parenchyme nerveux, toujours est-il, incontestablement, que dans bon nombre de cas, symptomatologiquement identiques à ceux où les méninges seules se montrent lors de l'autopsie entachées d'altérations phlegmasiques, le parenchyme nerveux lui-même peut aussi, soit concurremment avec les méninges, soit tout seul, présenter visiblement des altérations de nature inflammatoire. Eh bien! maintenant, qui oserait nier résolument qu'en aucun des cas de la première espèce il y ait inflammation commençante du parenchyme nerveux? Qui oserait nier, à l'égard d'un tissu si délicat, si éminemment irritable, la possibilité d'un molimen inflammatoire qui, bien que trop peu avancé pour avoir des traces caractéristiques et certaines sur le cadavre, n'en soit pas moins propre à entraîner sur le vivant les désordres fonctionnels les plus graves? Assurément, l'esprit des médecins penseurs a très souvent droit

de voir une encéphalite là où les yeux de l'anatomo-pathologiste ne voient qu'une méningite ; thèse que Georget, entre autres, a embrassée et fort habilement mise en lumière dans son article *Encéphalite* du *Dictionnaire de médecine en* 21 *vol.* (t. VIII, p. 1-50).

Ce qui vient surtout à l'appui de cette opinion, c'est que le même ensemble symptomatique qu'on sera tenté d'attribuer à une méningite, comme au vice anatomique le plus constant en pareil cas, peut très bien avoir lieu sans que l'autopsie démontre rien d'inflammatoire, ni dans les méninges, ni dans le parenchyme nerveux. Et alors, qu'y a-t-il de mieux à invoquer, qu'y a-t-il de mieux à supposer qu'une inflammation commençante de ce parenchyme même, qu'une inflammation encore trop peu prononcée, anatomiquement parlant, pour laisser là son empreinte après la mort ?

Donc, encore un coup, ce n'est pas notre faute, mais c'est bien un vice inhérent à l'imperfection actuelle de la science, si nous ne faisons pas cesser toute confusion, en fait de symptomatologie et de diagnostic, entre la méningite d'une part, et l'encéphalite ou la myélite d'autre part. Au surplus, sous le rapport thérapeutique, il n'y a pas lieu de regretter beaucoup ici l'incertitude du diagnostic anatomique, les ressources de l'art, quant à présent du moins, n'étant point foncièrement différentes dans les divers cas. Cela posé, nous allons toutefois envisager spécialement en deux paragraphes : 1° la méningite encéphalique, 2° la méningite rachidienne.

§ Ier. De la Méningite encéphalique.

561. *Synonymie.* — A. Pour les cas aigus :

α. Phrenitis des anciens, de Boerhaave, de Sauvages, etc. Le nosographe de Montpellier posait précisément son genre *Phrenitis* (class. III, gen. XI) comme inflammation des méninges, et posait ensuite plus loin, en genre à part, l'inflammation du cerveau sous le titre de *Cephalitis* (*ibid.*, gen. XVIII) ; il prétendait différencier l'inflammation des méninges d'avec la céphalite, en ce que celle-là aurait pour caractère l'insomnie et la douleur, et celle-ci un délire soporeux. On le voit donc, la prétention de raffiner en fait de diagnostic anatomique n'est pas née d'hier. Toujours est-il que l'exactitude des signes différentiels admis et proposés par Sauvages ne s'est pas confirmée. Et ce fut avec toute raison que Cullen, à l'instar des anciens, comprit sous le terme de *Phrenitis* l'inflammation du cerveau et celle des méninges (Genre IX du *Genera* du professeur écossais. — Dans l'ordre des *Phlegmasies*, ordre second de la classe des *Pyrexies*).

β. Phrénésie, de la nosographie de Pinel. Précisément dans l'ordre des *Phlegmasies des membranes séreuses* (66). Mais à ce propos, si l'on veut avoir un exemple frappant du peu de rigueur que Pinel apportait

dans ses déterminations nosographiques, on n'a qu'à lire, dans la *Médecine clinique* de cet auteur, p. 228, une observation qu'il offre comme un type du genre phrénésie, et dont voici la substance : — Il s'agit d'une femme R..., âgée de soixante-six ans, adonnée au vin. — Chute sur la tête, il y avait de cela trois mois. Dès lors, céphalalgie, santé chancelante. Depuis quelques jours seulement, suintement puriforme par l'oreille gauche. Premier jour de l'observation : frisson, céphalalgie plus intense qu'auparavant, vomissemens érugineux. Quatrième jour : visage rouge, langue sèche, chaleur âcre de la peau, pouls fréquent et dur, anxiété, incohérence des idées. Cinquième jour : réponses brusques, quelquefois justes; la nuit, délire furieux, vomissement jaune. Sixième jour : rémission, pouls intermittent, trismus, anxiété, face rouge, météorisme; à onze heures du soir, coma. Septième jour : respiration fréquente et sublime, pouls inégal, convulsion de la face; mort. — *Nécropsie.* Entre l'arachnoïde et la pie-mère, enduit considérable de matière puriforme qui remplissait les anfractuosités; liquide semblable dans les ventricules latéraux; lobe moyen gauche du cerveau, détruit en partie vers la base du crâne et réduit en une bouillie puriforme, verdâtre, sanieuse. — Eh bien, était-ce donc là un type pur et simple de l'inflammation méningée? C'était là, au contraire, un cas évident, un *beau cas* de méningo-encéphalite, un cas qui militerait plutôt contre la convenance d'admettre et de consacrer en nosographie une distinction générique entre l'inflammation des méninges et l'inflammation du parenchyme cérébral.

γ. Fièvre cérébrale. Terme vulgairement usité, mais d'après l'exemple d'auteurs éminens. Pinel, entre autres, y donna une consécration officielle, une valeur classique. Il posa, en effet, la fièvre cérébrale comme une sorte de maladie à part, dans son ordre des *Fièvres ataxiques.* Là encore, à la vérité, il commettait une faute de méthode, il faisait un double emploi dans son recensement nosographique. Car la plupart des cas qu'il prétendait classer sous le titre de fièvre cérébrale ne sont, nécroscopiquement parlant, que des méningites, ou, pour dire comme lui, des phrénésies. Voyez sa *Médecine clinique*, pages 99-110 : les autopsies sont en général incomplètes, mais quelques unes néanmoins viennent évidemment à l'appui de ce que j'avance. Quoi qu'il en soit, après tout, le terme de fièvre cérébrale, par cela même qu'il a quelque chose de vague, serait peut-être le meilleur encore à employer, quant à présent du moins, pour embrasser génériquement en nosographie certains cas (565. A) qui se montrent à notre vue bornée, à notre imparfaite science, tellement semblables entre eux sous le rapport des symptômes qu'on ne saurait aucunement en diagnostiquer les différences nécroscopiques.

δ. Hydrocéphale aiguë des enfans. Terme, naguère encore, très

communément employé, et qui paraît surtout s'être installé dans la langue médicale sous la garantie des observations d'un médecin anglais, Robert Whytt (*Observations on the dropsy in the brain.* Edimbourg, 1768, in-8°). Car c'est à Robert Whytt que les faiseurs d'articles, de thèses et de monographies, en cela se copiant et se répétant les uns les autres sans contrôle et sans vérification, attribuent l'honneur d'avoir été le premier à reconnaître et à proclamer le fait d'un épanchement plus ou moins abondant de sérosité dans les ventricules cérébraux chez les enfans frappés de fièvre cérébrale. Or, pourtant, avant Robert Whytt, Sauvages (en 1763) indiquait très positivement et très clairement ce fait, et d'après sa propre expérience et surtout aussi d'après l'autorité, déjà vieille alors, déjà presque séculaire, de l'illustre Willis, en établissant une espèce sous le titre de *Eclampsia ab hydrocephalo.* (Class. IV, *Spasmi*, gen. XVIII, sp. 14.)—Maintenant, précisément pour la même espèce de cas pathologiques, notons les dénominations que voici : Hydrocéphale interne, d'après Odier (*Mémoire sur l'hydrocéph. intern., ou hydropisie des ventricules du cerveau.* Dans les *Mém. de la Société royale de médecine*, année 1779, pag. 194-232) ; — Hydrencéphale, d'après M. Coindet (*Mémoire sur l'hydrencéph.* Genève, 1817, in-8°); — Hydrocéphale ventriculaire, d'après M. Cruveilhier (voir ci-dessus, n° 557).

ε. Maladie cérébrale des enfans. Encore d'après M. Cruveilhier (557).

ζ. Calenture. Ainsi nomme-t-on, chez les marins, une maladie qui ne nous paraît pas pouvoir être autre chose qu'une forme de fièvre cérébrale, une encéphalite suraiguë avec ou sans méningite, et qui se déclare souvent à bord des navires, sous l'influence d'une chaleur excessive et d'un ardent soleil, — spécialement, par conséquent, durant les navigations intertropicales, — et cela, bien des fois même, en manière d'épidémie.

B. Pour les cas chroniques : Folie, Aliénation mentale, Démence, etc.

562. *Un mot concernant les phénomènes prodromiques.* — D'ordinaire, et surtout chez les enfans, la méningite encéphalique n'éclate et ne se prononce en symptômes plus ou moins caractéristiques qu'à la suite d'un prodrome spécial (41). Les traits principaux de ce prodrome sont : la rougeur extraordinaire des joues, l'injection des conjonctives, le regard ayant je ne sais quoi d'égaré ou de farouche, les grincemens de dents non habituels venant à se produire durant le sommeil, les rêves fatigans, les cauchemars, les fréquens réveils en sursaut et avec frayeur, les inquiétudes de l'esprit sans raison suffisante, certains changemens dans le caractère, etc, etc.

563. *Symptomatologie.* — A. En cas de méningite aiguë, on observe

généralement cet ensemble symptomatique qui se nomme *fièvre cérébrale*, à savoir : d'abord, une vive céphalagie; puis le délire ou le coma, souvent même alternant l'un avec l'autre, et la perversion ou l'abolition des fonctions locomotrices (convulsions ou paralysie) (46. C.) ; toujours ou presque toujours, bien entendu, avec un appareil fébrile, avec des symptômes généraux plus ou moins variés (280. D).

B. Insistons particulièrement sur la description des symptômes et de la marche de la méningite aiguë chez les enfans, puisqu'à cet âge la maladie est malheureusement des plus communes (80. B. α), et qu'elle y est beaucoup plus fréquente sans comparaison qu'à tous les autres âges. Eh bien, donc, chez les enfans, la maladie fait invasion — tantôt au sein d'une santé florissante, encore bien que le sujet soit, le plus ordinairement, déjà tuberculeux, mais sans symptômes qui accusent un tel vice, — tantôt au milieu des symptômes d'une phthisie pulmonaire commençante ou confirmée. Elle présente, en général, trois périodes que voici.

α. Les symptômes de la *première période* sont : la céphalalgie, ordinairement fixée vers le front et les tempes, mais quelquefois siégeant ailleurs, — à l'occiput, par exemple, — et cela, en tout cas, avec les degrés les plus variés d'intensité; un peu de somnolence; parfois un changement notable dans le caractère des enfans, qui, par exemple, de gais, de gracieux, de bavards qu'ils étaient auparavant, deviennent tristes, moroses, hargneux, taciturnes; inappétence, et dégoût, même à l'égard des bonbons et des friandises; vomissemens, constipation opiniâtre, jusqu'à résister quelquefois à l'huile de croton tiglium, et aussi jusqu'à amener une rétraction considérable des parois abdominales; pouls rare et inégal, surtout intermittent (généralement, chez les enfans âgés de plus de deux ans, tels que ceux de l'hôpital de Paris, où les admissions sont interdites avant cet âge, il y a environ 68 à 72 pulsations par minute; — une fois, mais une fois seulement, M. Rufz n'en a trouvé que 58, chez un petit malade de six ans). (46. F. δ.). M. Cruveilhier (*loc. cit.*, p. 16) signale aussi, parmi les symptômes prodromiques, une *respiration inégale*, ou *très lente*, ou *suspirieuse*, comme un indice CARACTÉRISTIQUE de la terrible maladie. Mais, tout en reconnaissant ce qu'il y a de vrai et d'important dans cette observation des perturbations du mécanisme respiratoire, je crois, pour ma part, qu'il en a un peu exagéré la valeur séméiologique quant à la prodiagnose. Quoi qu'il en soit, cette *période de symptômes prodromiques* (53. C. γ) manque rarement : ainsi, par exemple, sur dix-sept cas observés par M. Becquerel, elle n'a manqué qu'une fois. Assez fréquemment, elle est peu caractérisée, mais réelle. Tantôt elle est courte et dure à peine un ou deux jours; tantôt elle se prolonge pendant six, dix, douze et même

quatorze jours. Au surplus, il est souvent difficile et même impossible de déterminer l'époque précise où elle commence, attendu qu'elle peut survenir d'une façon tout-à-fait insidieuse et par un développement lent et successif des symptômes que nous venons de passer en revue, surtout quand il y a déjà une phthisie pulmonaire ou quelque autre maladie.

6. Vient ensuite la *deuxième période*, ou période d'irritation encéphalique bien caractérisée. Les vomissemens cessent, mais la constipation et la céphalalgie persistent. Délire bruyant ou calme, continu ou intermittent ; et dans ce dernier cas, c'est le plus ordinairement à titre de symptôme nocturne. Exaltation de la sensibilité cutanée. Cris singuliers que M. Coindet nomme *cris hydrencéphaliques*, et qu'il regarde comme un signe pathognomonique de la maladie cérébrale des enfans : ce sont des cris qui, d'abord très aigus, se prolongent et finissent en un murmure sourd ; ils paraissent accuser la céphalalgie, à en juger par les mouvemens des mains, qui se portent au front et s'y promènent vaguement; souvent aussi ils se produisent automatiquement au milieu d'une immobilité complète, de sorte qu'ils semblent être, en pareille occurrence, plutôt l'effet d'une habitude imprimée par les douleurs passées que celui d'une souffrance actuelle; ce qu'il y a de certain, c'est que souvent, à l'instant même où ces cris se répètent le plus, les enfans répondent qu'ils sont bien. Convulsions des membres ou des yeux, continuellement reproduites, ou revenant par accès plus ou moins éloignés. Quelquefois contractions tétaniques; trismus (46. C.). Au surplus, cette deuxième période peut manquer, ou, disons mieux, ne se montrer qu'incomplète et mal caractérisée. Lors même qu'elle est le mieux et le plus complétement prononcée, il est rare que la mort y ait lieu.

7. Enfin, la *troisième période* est la période comateuse, coma ou carus (46. E. 6). Diminution ou abolition de la sensibilité cutanée, quelquefois seulement sur une moitié du corps, comme les mouvemens convulsifs ou les contractions tétaniques, qui existent aussi dans cette période. Engourdissement ou complète extinction des sens spéciaux. Dilatation des pupilles, avec ou sans absence totale de mobilité devant une vive lumière. Surdité. Cris hydrencéphaliques, ici particulièrement caractéristiques au milieu de ce coma, qu'ils n'interrompent que pour un instant. Quelquefois mussitation et carphologie. Puis la mort, soit au milieu d'un état calme (mais quel calme terrible !) de coma ou de carus, soit dans un accès convulsif avec des cris, soit à la suite d'une agonie plus ou moins lente par le fait d'une dyspnée croissante et qui aboutit à l'apnée. Quoi qu'il en soit, remarquons en terminant que la date du funeste dénouement, à compter du jour d'invasion de la maladie, est fort variable : tantôt, par exemple, le quatrième jour, tantôt vers la

fin du quatrième septénaire ; généralement, à ce qu'il paraîtrait, sur la fin du second septénaire.

C. Maintenant, jusqu'à quel point et en quelle façon est-il vrai de prétendre, avec quelques auteurs, que la méningite, et particulièrement la méningite chronique, soit dans un certain nombre de cas le vice anatomique où l'état de désordre mental qu'on nomme folie, aliénation, démence, ait sa raison d'être? Assurément, cela ne peut être vrai dans un sens absolu, et abstraction faite d'une altération quelconque, appréciable ou non, dans le cerveau même. Mais ce qu'il s'agit de décider lorsque, à l'autopsie d'un aliéné, on constate l'existence d'une méningite, c'est la question de savoir si la méningite n'est là qu'un épiphénomène, qu'une altération consécutive et accidentelle, ou bien si elle est le mal primitif, l'affection protopathique. Réservons, comme de juste, l'examen de cette question délicate pour quand nous étudierons spécialement l'aliénation mentale en *Nosographie symptomatique* (57. B. γ).

D. Ce qu'il y a de très certain, c'est que la méningite, soit aiguë, soit chronique, peut être latente, conformément à la loi commune que nous avons reconnue pour les inflammations séreuses (304. C.). Elle peut exister sans céphalalgie aucune, se trouver dépourvue, absolument ou peu s'en faut, des symptômes propres à en faire présumer l'existence. Entre autres faits authentiques à l'appui de cette proposition, je me borne à citer ceux que voici :

1° La Xe observation de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet. Un enfant de huit ans maigrissait depuis six semaines, avait le ventre plat, un peu dur et sensible. Les six derniers jours, plaintes continuelles, extrême anxiété, profonde tristesse ; un jour seulement, dilatation des pupilles ; du reste, intelligence parfaite jusqu'à l'agonie, et, rien qu'un instant avant le dernier soupir, quelques mouvemens convulsifs de la face et des yeux. — *Nécroscopie.* La moitié gauche de la grande cavité de l'arachnoïde était remplie d'une sérosité trouble, qui s'étalait en nappe sur tout l'hémisphère correspondant. Une double pseudo-membrane jaune, ancienne, tapissait d'une part le feuillet pariétal, et, d'autre part, le feuillet viscéral de la séreuse, qui, du reste, avait conservé son état naturel. La pie-mère était infiltrée de pus sur le trajet des anfractuosités, principalement le long du sinus longitudinal. Sérosité sous-arachnoïdienne, partout abondante et louche, voire même puriforme, à la base du mésocéphale ; de sorte que les origines des septième, huitième, neuvième et dixième paires baignaient dans le liquide. Ventricules cérébraux, vides. Tous les autres organes, sains. — Ce fait, si remarquable par l'absence des symptômes qu'on attribue généralement à la méningite, a encore

cela de particulier, qu'il nous montre une méningite étendue de la convexité des hémisphères, sans le délire, qui, suivant MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, aurait dû être tenu pour le signe caractéristique de la méningite sus-encéphalique, opinion, au surplus, aujourd'hui abandonnée par tous les médecins qui se sont assidument livrés à l'ouverture des cadavres.

2° Deux observations de M. Becquerel (*op. cit.*, p. 111-3). — Il s'agit là de méningites chroniques qui furent constatées à l'autopsie de petites filles poitrinaires, lorsque rien, durant la vie, n'avait pu faire soupçonner une telle affection ; rien, hormis, tout au plus, un changement survenu dans le caractère. Premier cas : la petite fille, d'un caractère naturellement gai, devint morose ; elle refusait de jouer, mais elle était plus triste que méchante. Second cas : une autre petite fille, dont le caractère n'avait d'abord présenté rien de particulier, rien qui fît notablement contraste avec les autres enfans de l'hôpital, devint peu à peu acariâtre et méchante ; elle criait et se plaignait sans cesse ; elle battait à chaque instant ses compagnes.

E. Une espèce, assurément fort remarquable, de méningite latente, c'est celle qui peut survenir dans le cours du rhumatisme articulaire aigu général (*fièvre rhumatismale*), soit à titre de complication, soit en guise de métastase. C'est là une manifestation particulière de la loi pathologique en vertu de laquelle les membranes séreuses sont sujettes à s'enflammer sous l'influence de la même diathèse qui sévit sur les articulations. C'est un fait rare, mais réel, ainsi que je l'ai établi dans les *Leçons sur le Rhumatisme* (p. 209-11). Storck, dans la description d'une épidémie de rhumatisme articulaire aigu, rapporte deux cas mortels où les caractères anatomiques de la méningite sont clairement indiqués, ni plus ni moins que ceux d'un épanchement pleurétique. Je traduis ici les propres paroles de cet auteur. « Deux de ces malades (rhumatisans) furent pris tout-à-coup d'oppression et de somnolence ; leur » voix s'éteignit, leur respiration devint sublime, et ils ne purent demeurer couchés ; le pouls fut sur-le-champ petit, tremblotant, inégal ; » face livide ; extrémités froides ; la mort survint le lendemain. A l'ouverture de ces deux cadavres, on rencontra en très grande abondance » une matière *jaune* et *gélatineuse* entre les poumons et la membrane » qui les revêt et les entoure ; et la substance entière des poumons se » trouvait comprimée et réduite à un très petit volume. Une matière » semblable existait aussi en égale abondance entre la pie-mère, d'une » part, et le cerveau et le cervelet, d'autre part ; les ventricules antérieurs » du cerveau étaient pareillement pleins de la même gelée. » (Storck. *Annus medicus, quo sistuntur observationes circà morbos acutos et chronicos.* Vienne, 1759, in 8°. — p. 118-9.) Quoique ces altérations

anatomiques soient décrites avec moins d'exactitude qu'elles ne le seraient aujourd'hui, et suivant une phraséologie qui n'est pas tout-à-fait celle de notre siècle, personne, je pense, ne révoquera en doute qu'il n'y eût là une méningite en même temps qu'une pleurésie. En ces deux cas, la méningite, comme la pleurésie, ne se traduisit point au-dehors par des symptômes immédiats d'exaltation vitale ou symptômes d'irritation, mais par les seuls symptômes de la compression à laquelle le cerveau, comme les poumons, était soumis par suite des progrès de l'épanchement. Ainsi se comportent, effectivement, du moins pour la grande majorité des cas, les inflammations des membranes séreuses sous l'influence ou dans le cours, comme on aimera mieux dire, du rhumatisme articulaire aigu général ou fébrile ; le mal demeure latent ou à peu près tel jusqu'à ce que l'épanchement soit devenu très considérable. Dans mon opinion, donc, c'est bien à la méningite qu'il faut attribuer les faits d'*apoplexie rhumatismale*, tels que ceux que je vais citer. Mettons en première ligne, non pas tant à cause de la priorité chronologique du fait qu'à cause de la haute autorité du témoin, l'observation suivante de Stoll : « Un » malade, alité depuis quatorze jours par une fièvre rhumatismale, fut » pris tout-à-coup de délire, puis tomba dans un assoupissement apo- » plectique, et périt peu de jours après. On trouva une notable quantité » d'un liquide aqueux entre l'une et l'autre méninge [1], et dans les ven- » tricules latéraux; on trouva aussi un épanchement séro-sanguinolent » (*humor aquoso-cruentus*) au-dessous de la tente du cervelet. » (*Ratio medendi*, 1779, september.) Scudamore, dans son Traité de la goutte et du rhumatisme, à l'article du *siége*, dit avoir observé chez une jeune *lady* délicate, âgée de quinze ans, les symptômes d'un épanchement intra-crânien, qui fut promptement mortel, et qui s'était déclaré en même temps que les phénomènes arthritiques changeaient de siége dans les membres : il mentionne ce fait comme une chose rare, et il y voit une inflammation rhumatismale du tissu séro-fibreux qui revêt le cerveau, c'est-à-dire de la dure-mère et de son feuillet arachnoïdien. (Voir la traduction française de Scudamore, par Deschamps. Paris, 1820, in-8°.— p. 615.) M. le docteur Enguehard, dans sa thèse inaugurale (*Dissertation sur le rhumat. articul. aigu.* Paris, 1830, n° 108. — p. 18), a rapporté le fait suivant d'après le témoignage de M. Marjolin, qui l'avait raconté dans ses leçons orales, et qui m'en a confirmé à moi-même l'exactitude. « Un rhumatisme violent occupait le genou ; la hanche et les muscles » de la cuisse n'en étaient pas exempts eux-mêmes; on fit une nombreuse » application de sangsues, qu'on laissa largement saigner : le malade fut

(1) C'est-à-dire, entre la dure-mère et la pie mère, ou, mieux encore, dans la grande cavité de l'arachnoïde, qui n'était pas encore connue et décrite.

» soulagé et ne tarda pas à s'assoupir. On respecta son sommeil pendant » un grand nombre d'heures ; enfin on voulut le réveiller, mais ce fut » en vain. Le malade était plongé dans un coma profond ; les sinapismes, » l'eau bouillante même, et tous les autres moyens mis en usage en pa- » reil cas furent employés sans succès, et le malade ne tarda pas à suc- » comber. » Enfin, en 1836, un médecin de mes amis, le docteur Leloutre, périt d'une mort aussi rapide que prématurée, peu de jours après l'invasion d'un rhumatisme aigu, par suite d'un état comateux et comme apoplectique.

564. *Anatomie pathologique.* — A. D'abord, et il importe de le dire expressément, on ne peut considérer comme caractères anatomiques de la méningite, comme vestiges qui, à eux seuls, suffisent pour la faire admettre, ni l'injection hyperémique de la pie-mère, ni l'épanchement d'une sérosité transparente dans la grande cavité de l'arachnoïde, non plus que dans les ventricules, ni l'infiltration sous-arachnoïdienne, ni les nuages opalins de la face interne du feuillet viscéral de la séreuse : toutes altérations qui peuvent, assurément, exister à titre accessoire plus ou moins constant en cas de méningite, mais qui peuvent aussi se rencontrer dans beaucoup de circonstances où la méningite est tout-à-fait hors de cause.

B. Les caractères anatomiques certains de la méningite aiguë, les seuls qui en établissent indubitablement la réalité, sont : 1° le dépôt de pseudo-membranes récentes, molles et comme gélatineuses, entre les deux feuillets de l'arachnoïde, — d'où l'adhérence faible de ces deux feuillets, à moins de l'interposition d'un épanchement séreux, lequel épanchement, en pareille occurrence, a souvent cela de caractéristique, qu'il est trouble, lactescent, floconneux (304. D.) ; 2° une infiltration de pus ou de matière pseudo-membraneuse au sein même de la pie-mère, et, dans une période plus avancée du travail inflammatoire, l'épaississement d'une étendue plus ou moins grande de cette méninge, qui, là, tantôt toute rouge, tantôt blanche ou jaunâtre, se montre rugueuse et adhérente à la substance cérébrale, de telle façon, parfois, qu'elle n'est plus du tout facile à séparer de cette substance, et qu'on ne saurait guère la tirer et la détacher qu'à la condition d'entraîner un peu plus ou un peu moins de celle-là, qui se déchire et cède dans sa continuité plutôt que dans son adhérence pathologique.

C. Ne manquons pas d'ajouter que dans quelques cas de méningite aiguë, l'épanchement séreux ou séro-purulent, et notamment chez les enfans l'épanchement séreux à l'intérieur des ventricules, est très considérable, ce qui expliquerait fort bien alors l'état de coma et de carus. Mais ce même état existe bien des fois aussi sans qu'ensuite on trouve d'épanchement notable. Serait-ce que, dans ce dernier cas, l'épanche-

ment eût été résorbé en tout ou en partie depuis l'instant de la mort jusqu'à celui de l'autopsie, en vertu des propriétés hygrométriques du parenchyme encéphalique, qui pomperait ainsi la sérosité et s'en imbiberait; propriétés qui ont été bien étudiées par M. Natalis Guillot, et sur lesquelles il m'a communiqué une note fort intéressante (avril 1843).

D. Dans la plupart des cas, les altérations caractéristiques de la méningite aiguë sont accompagnées d'une hyperémie encéphalique plus ou moins prononcée (186. A.). Faut-il voir là une preuve nécroscopique, et la seule, quant à présent, possible, à l'appui de l'hypothèse qui admettrait volontiers, en pareille occurrence, l'existence d'un premier degré d'encéphalite comme complication des plus fréquentes?

E. Les adhérences celluleuses et fortes entre les deux feuillets de l'arachnoïde, et la transformation de la pie-mère en une ou plusieurs plaques dures, comme cartilagineuses, d'une épaisseur d'environ 2 à 4 millimètres, d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, quelquefois verdâtre : voilà deux sortes de vices anatomiques qu'il n'est pas très rare de rencontrer, particulièrement chez l'enfance et sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, et qui caractérisent évidemment d'anciennes méningites, toujours partielles, et le plus souvent développées autour de produits accidentels, — autour de tubercules, par exemple. D'ordinaire, ces méningites-là ont été latentes. Quelquefois cependant leur développement n'a pas laissé que de s'accompagner, pendant la vie, de quelques troubles peu intenses, et, avouons-le, malaisés à définir, dans les fonctions des sens, du cerveau et de l'appareil musculaire. Si les symptômes de fièvre cérébrale (562. A.) ont fini par se développer, on trouve alors, du moins dans un très grand nombre de cas, à côté de ces vestiges de méningite ancienne, de nouvelles altérations qui caractérisent la méningite aiguë, et qui sont venues se surajouter au premier mal.

F. Les méningites aiguës des enfans, il importe bien de le dire, sont des méningites tuberculeuses (304. I.) dans l'immense majorité des cas; et c'est en quoi, surtout, consiste le danger, l'inévitable léthalité de la maladie. Chez ces petits malades, la pie-mère offre, non pas toujours, mais le plus souvent, soit dans les endroits mêmes où elle se montre enflammée, soit ailleurs encore, des granulations ou corpuscules blanchâtres, en plus ou moins grand nombre, et dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui du plus petit grain de sable. Or, ces granulations, que sont-elles, — avec leur consistance *grenue* et friable, qu'on apprécie très bien dans les plus grosses, — avec leur composition chimique, dont l'albumine forme la principale base, ainsi que M. A. Becquerel l'a fait constater par M. Pelouse, — avec leurs apparences de matière brute et sans aucune trace d'organisation, même

à l'examen microscopique, ainsi que ce médecin dit s'en être assuré par ses propres yeux? Ces granulations ne sont donc rien autre chose que des tubercules, complétement analogues à ceux qui se développent chez les phthisiques dans le tissu sous-pleural et sous-péritonéal. Le plus souvent isolées, — quelquefois, au contraire, elles sont agglomérées en petites masses jaunâtres ou en plaques mamelonnées. Au surplus, il est bon de remarquer qu'il n'y a aucun rapport entre le nombre de ces granulations et les symptômes cérébraux : d'autant mieux, disons-le sur-le-champ, qu'elles peuvent même exister avec une absence totale de ce genre de symptômes. Avertissons aussi que lorsqu'on est encore novice en fait d'investigations cadavériques, on pourrait aisément prendre ces granulations pour des glandes de Pacchioni ; mais les glandes de Pacchioni n'existent que dans le voisinage de la grande scissure et en d'autres endroits déterminés que les anatomistes savent, tandis que les granulations tuberculeuses peuvent se rencontrer sur toute l'étendue de la convexité et de la base du cerveau, et particulièrement à la base, où elles sont toujours plus nombreuses. Si aujourd'hui la fréquente coexistence des granulations pathologiques de la pie-mère est un fait unanimement reconnu, un fait irrévocablement acquis à la science, il faut surtout en rendre grâce aux recherches spéciales et aux écrits de MM. Gerhard (voyez *The new American Journal of the medical sciences.* Philadelphie, numéro du 1er avril 1834.) et Rufz, thèse déjà citée (557) ; (quoique, par parenthèse, M. Rufz ait frappé fort plutôt que frappé juste, quoiqu'il ait eu le tort de regarder les granulations tuberculeuses comme constantes dans la fièvre cérébrale des enfans, erreur que, depuis, il a désavouée dans la *Gazette médicale*, année 1841, p. 49-52, et qu'il prétend même n'avoir pas commise, mais qui, il a beau dire, n'est que trop clairement exprimée dans sa thèse inaugurale, notamment p. 9-10, 16 et 21). Une fois les recherches de MM. Gerhard et Rufz publiées et connues, MM. Piet, A. Becquerel, Valleix, et plusieurs autres observateurs distingués, sont venus confirmer de leur témoignage la thèse en question. Toutefois, il est juste de dire ici que M. Guersant avait signalé les granulations sous-arachnoïdiennes, en 1826, dans son article *Méningite* du *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes (t. XIV, p. 169, lign. 12-14). Et, longtemps avant M. Guersant, Pinel ne les avait-il pas aperçues, lorsque, dans sa *Nosographie*, article *Phrénésie* (t. II, p. 390), il rapportait que l'autopsie d'un enfant de sept ans, mort d'une inflammation des méninges, « fit voir l'a- » rachnoïde très épaisse en plusieurs points, et parsemée de GRANULA- » TIONS? »

565. *Étiologie.* — (287.) — A. En fait de causes prédisposantes, ce qu'il y a de plus positif et de plus important à signaler, c'est le triste privilége de la première enfance pour la production de la méningite

aiguë, qui est extrêmement fréquente à cet âge, surtout à partir de la deuxième ou troisième année, ainsi que nous l'attestent maints observateurs, Odier, M. Coindet, M. Piet, M. A. Becquerel, etc., etc. Et il paraîtrait, à en juger par la concordance des témoignages de plusieurs observateurs (Senn, Gerhard, Rufz, A. Becquerel, etc.), que le printemps et le commencement de l'été sont les saisons qui favorisent particulièrement le développement de la méningite aiguë chez les enfans. Ce qui est certain, c'est que cette maladie frappe surtout les enfans affectés de diathèse tuberculeuse (564. F.) : c'est dire qu'elle frappe les enfans d'un tempérament phlegmatique, d'une constitution scrofuleuse, les enfans nés de parens tuberculeux; qu'elle frappe peut-être plus de petites filles que de petits garçons; qu'elle frappe les enfans des classes pauvres, les enfans mal logés, mal nourris, plutôt que les enfans des classes aisées. Au surplus, à l'endroit des enfans tuberculeux, il y a deux cas à distinguer, et que voici : 1° quelques tubercules existent à peine dans les poumons, et cependant la tuberculisation encéphalique se manifeste avec rapidité et d'une façon très étendue; 2° la tuberculisation encéphalique ne se développe et ne se manifeste par les symptômes de fièvre cérébrale qu'après une infection tuberculeuse très considérable de la poitrine ou de l'abdomen; et quelquefois même, dans ce dernier cas, la maladie cérébrale n'avance que de bien peu de temps la mort des petits malades. Quant à l'influence de la dentition, on ne saurait, je pense, refuser de lui reconnaître, avec MM. Coindet, Senn, et beaucoup d'autres observateurs, un certain degré de valeur. Il nous semble téméraire de nier complétement cette influence, comme la nie, par exemple, M. Piet, parce que, dit-il, on a pris pour des méningites tant et tant de cas de convulsions qui en diffèrent en ce qu'ils ne laissent pas *ordinairement* après eux d'altération appréciable des méninges. Mais une influence qui peut *ordinairement* produire des convulsions avec hyperémie encéphalique (184), — c'est là un point incontesté, — une telle influence, dis-je, ne peut-elle pas, d'autres circonstances aidant, concourir à faire naître une encéphalite et une méningite bien confirmées?

B. Pour ce qui est des causes occasionnelles, force nous est d'avouer très souvent, notamment chez les enfans, qu'elles n'existent pas, ou, ce qui revient au même, qu'elles ne peuvent être constatées. Dans d'autres cas, la méningite se développe sous le coup de quelqu'une des causes occasionnelles banales (84), parmi lesquelles, toutefois, il convient ici de distinguer particulièrement les suivantes, comme ayant véritablement dans la pathogénie de la méningite un rôle moins banal, une influence plus spéciale, qu'il n'appartient aux autres causes de la même catégorie : je veux dire, 1° la métastase rhumatismale (563. E.); 2° la délitescence d'un érysipèle facial, comme, par exemple, dans les XXe et XXIe obser-

vations de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet; 3° la suppression brusque d'une pseudo-teigne eczémateuse fluente (361. A.), ou de toute autre sécrétion pathologique depuis longtemps fixée sur le cuir chevelu, — point d'étiologie sur lequel M. Piet a particulièrement insisté, avec beaucoup de raison, ce me semble, tant d'après ses propres observations, qu'il rapporte tout au long, que d'après des exemples empruntés à ses devanciers. Enfin, comme causes déterminantes, comme causes qui, effectivement, à titre plus ou moins péremptoire, méritent d'être ainsi qualifiées en fait d'irritation ou d'inflammation de l'encéphale et de ses membranes, je signalerai principalement les circonstances que voici : 1° les excès de travail intellectuel; 2° les émotions violentes, comme, par exemple, une forte colère (voyez le cas que M. Piet rapporte dans sa thèse, p. 15), ou bien une vive frayeur (voyez, entre autres exemples, la XXXIXe observation de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, un cas rapporté par Odier, un autre par M. A. Becquerel, un autre encore par M. Piet; — notons à l'égard de ce dernier cas, doublement mentionné, p. 14 et p. 16, dans la thèse de M. Piet, que le premier phénomène observé à la suite de la frayeur fut la disparition d'une ancienne *éruption croûteuse* du cuir chevelu) ; 3° les veilles prolongées; 4° l'insolation; 5° les plaies et les contusions de la tête, comme dans la XXIIe observation de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, dans les cas rapportés par Odier, M. Piet, etc.; et bien entendu qu'en pareille circonstance la dure-mère participe à l'inflammation; 6° enfin, entre autres affections protopathiques, la carie du rocher, — cas où il arrive assez fréquemment qu'après quelques symptômes d'otite aiguë, mais le plus souvent après une otite chronique, après une otorrhée de longue durée, quelquefois après l'issue d'esquilles, l'inflammation s'étende aux méninges et au cerveau, — cas spécialement étudié avec autant de talent que de soin par le docteur Roderick dans un journal anglais. (*The London medical gazette*, n° du 9 mars 1839, p. 864-6. — *On disease of the petrous portion of the temporal bone, shewing the peculiar form of inflammation which it produces in the membranes of the brain.*)

566. *Incertitudes et obscurités du diagnostic.* — A. Dans l'appareil symptomatique qui constitue une fièvre cérébrale (563. A.), il n'y a rien qui permette à la science, telle qu'elle est jusqu'à présent, de distinguer les cinq espèces anatomiques que voici :

1° Fièvre cérébrale sans vice matériel, ou tout au plus, avec les simples apparences d'une hyperémie encéphalique (186. A.). Cas dont la réalité est incontestable, que j'ai, pour ma part, eu occasion de constater chez des sujets adultes, et qui se présente quelquefois aussi chez les enfans, comme l'attestent maints observateurs voués à la pathologie du premier âge.

2° Fièvre cérébrale avec granulations de la pie-mère, mais sans altérations caractéristiques d'un travail inflammatoire. Cas si fréquent chez les enfans, comme cela ressort des observations de MM. A. Becquerel, Piet, etc., etc.

3° Fièvre cérébrale avec altérations évidemment phlegmasiques de l'arachnoïde et de la pie-mère, en outre des granulations méningées, des tubercules intrà-cérébraux et autres. Tel est le cas le plus commun chez les enfans, le cas qui s'appelle *méningite tuberculeuse aiguë.*

4° Fièvre cérébrale avec altérations phlegmasiques des méninges, mais sans complication de tubercules. C'est là la *méningite aiguë franchement inflammatoire* des auteurs contemporains : affection rare dans l'enfance, et relativement plus fréquente dans les autres âges de la vie.

5° Fièvre cérébrale avec ou sans granulations méningées, avec ou sans méningite caractérisée, mais avec des ramollissemens qui accusent évidemment une encéphalite. — N'est-ce pas, en effet, une distinction arbitraire que celle que M. Lallemand a voulu établir entre l'*arachnitis* et l'encéphalite, en professant que la première de ces affections se fait reconnaître par les symptômes convulsifs sans paralysie, et que la seconde réunit constamment aux symptômes convulsifs une paralysie lente et progressive, et, de plus, a une marche inégale et intermittente? Une autre prétention non moins contestable du même auteur, c'est de considérer comme le signe pathognomonique des ramollissemens cérébraux ces contractions tétaniques (46. C.) qui se manifestent dans les muscles des membres, et que l'on nomme aujourd'hui *contractures.* Or, contrairement à cette assertion, M. Piet, par exemple, affirme avoir observé quelquefois des contractures dans la fièvre cérébrale des enfans sans que l'autopsie cadavérique montrât de ramollissement, et d'une autre part il a rencontré des ramollissemens étendus sans qu'il y eût eu de contractures.

Eh bien, maintenant, après tout cela, devons-nous continuer, ainsi que nous le faisons tous ou presque tous, de confondre en clinique ces divers cas sous le nom de méningite plutôt que sous celui de fièvre cérébrale? Devons-nous affecter ainsi une vaine ostentation de diagnostic anatomique, qui, tant de fois, n'est rien moins que justifiée par l'autopsie?

B. Méningite, encéphalite ou méningo-encéphalite, n'importe ce qu'il en peut être sous le rapport anatomique, toujours est-il que la fièvre cérébrale, en tant que maladie prise et considérée purement et simplement au point de vue symptomatique, comme nous sommes en vérité obligés de la prendre et de la considérer sur le vivant, n'est guère facile à diagnostiquer dans la période d'invasion; et cependant il serait très important de reconnaître dès lors que l'on a devant soi cette grave

maladie, afin d'employer aussitôt un traitement énergique. Le diagnostic n'est posé avec certitude qu'après l'apparition des symptômes qui consistent dans la perversion de l'état mental et de la contractilité musculaire ; et toutefois, parmi ces symptômes, il n'y en a pas un qui puisse être regardé comme signe pathognomonique. La maladie se reconnaît plutôt par la combinaison et la succession des symptômes que par leur nature même ou leur intensité.

C. Chez les enfans particulièrement, c'est surtout avec la fièvre typhoïde que la fièvre cérébrale peut être confondue dans son début, ou bien aussi avec la période prodromique de la variole.

567. *Pronostic.* — A. Dès qu'il y a fièvre cérébrale bien caractérisée, le pronostic doit être grave, très grave. Et il devra l'être d'autant plus que le délire sera extrême et ininterrompu, et qu'il s'y joindra des convulsions violentes et des grincemens de dents. Car, en semblable circonstance, la mort s'ensuit presque toujours.

B. Dans la fièvre cérébrale des enfans en particulier, une fois parvenue à la troisième période ou période comateuse (563. B. γ.), il ne doit plus y avoir d'espérance ou peu s'en faut. M. Senn, M. Gerhard, M. Piet, entre autres, disent formellement qu'en pareil cas ils n'ont jamais vu de guérison.

C. Lorsque les yeux demeurent tournés en haut, fixes et immobiles dans cette situation convulsive, nous dirions mieux, tétanique, c'est là un signe de fort sinistre augure, c'est l'indice d'une prompte catastrophe. Un ou deux jours, tout au plus, se passent entre l'apparition de ce symptôme et la mort.

568. *Thérapeutique.* — (290.) — Je n'insisterai ici que sur le traitement à instituer contre la forme aiguë de la méningite, contre la fièvre cérébrale. Voici donc les principaux moyens que nous pouvons exploiter à cet effet.

A. Phlébotomies et autres émissions sanguines, notamment les sangsues derrière les oreilles, et les ventouses scarifiées aux tempes ou à la nuque. — M. Cruveilhier (*oper. cit.*, p. 27-8) a préconisé, particulièrement pour les jeunes enfans, la saignée de la pituitaire. Et de préférence à l'application de deux ou trois sangsues dans l'intérieur des narines, il avait même imaginé un instrument particulier (*phlébotome de la pituitaire*) en forme de lithotome caché. Il rapporte tout au long un cas assez bien caractérisé chez un enfant de trente-deux mois, qu'il eut le bonheur de guérir en opérant la saignée de la pituitaire, d'abord, le jour même de la première visite (le cinquième de la maladie), avec une aiguille à tricoter et à l'aide d'une sangsue dans chaque narine, puis, le lendemain, avec le phlébotome en question.

B. Emploi du froid sur la tête : avec ou sans l'intervention de bains

chauds (79. C. γ.) pour le reste du corps pendant le temps même que la tête demeure soumise à l'influence de cet agent physique. — M. Charpentier, surtout, a préconisé cette médication : il assure avoir obtenu d'éclatans succès par l'application permanente et très longtemps prolongée d'une vessie pleine de glace ou d'eau froide ; il ne veut pas qu'on suspende un seul instant l'usage de ce moyen ; il ne veut pas qu'on laisse jamais la glace se fondre entièrement, encore bien moins l'eau s'échauffer, et qu'on attende jamais jusque là pour les renouveler ; il prétend que si le traitement par le froid n'a pas réussi entre les mains des autres médecins, comme entre les siennes, c'est faute de continuité et de durée ; il prescrit de maintenir la glace douze et quinze jours de suite, de la maintenir plusieurs jours même après la cessation des symptômes cérébraux, et de ne la supprimer à la fin que graduellement et par intervalles bien ménagés et rendus peu à peu de plus en plus longs ; l'existence d'une bronchite n'est pas pour lui une contre-indication. Bien entendu qu'avec cela il n'interdit ni les émissions sanguines ni les révulsifs : tout au contraire. M. Charpentier, grâce à cette méthode, assure-t-il, fut assez heureux pour opérer quinze guérisons de suite ; il échoua une seule fois, mais on ne l'avait appelé que le sixième jour de la maladie. Après cela, il est vrai, on peut douter si ces quinze guérisons avaient trait à des cas réellement graves et bien caractérisés. — Quoi qu'il en soit, au lieu d'une vessie de glace ou d'eau froide, l'irrigation continue, ainsi que M. Piet, entre autres, l'a proposé, pourrait fort bien remplir la même indication.

C. Médication révulsive. Soit par voie de purgations cathartiques ou drastiques. Soit par le moyen de sinapismes appliqués sur les membres, et répétés, au besoin, tous les jours ; par le moyen de vésicatoires ; par le moyen de frictions faites avec la pommade stibiée sur le cuir chevelu, préalablement rasé. M. Cruveilhier (*loc. cit.*, p. 25) dit avoir vu, dans un cas, la fièvre cérébrale disparaître, comme par enchantement, à la suite de plusieurs demi-bains sinapisés.

D. Médicamentation sialagogue par mercurialisme (132. G. ε. — et 430. A.), mais avec la condition expresse de la produire et de la pousser avec la rapidité et l'énergie que réclame ici l'urgence du péril. Soit à l'aide des frictions avec l'onguent napolitain. Soit par l'administration d'un décigramme de calomel d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, jusqu'à plein et entier développement de la salivation.

E. Opium à haute dose (deux, trois, quatre et même cinq décigrammes par jour). L'inutilité à peu près constante du traitement ordinaire (antiphlogistiques proprement dits et révulsifs) est un motif plus que suffisant pour autoriser les praticiens à recourir à la médicamentation narcotique. D'autant mieux que, dans les récentes épidémies d'A-

vignon et de Strasbourg, M. Chauffard et M. Forget n'ont trouvé que l'opium qui fût réellement efficace. Cette heureuse puissance de l'opium n'aurait-elle été là qu'un résultat tout-à-fait exceptionnel, par suite de je ne sais quel rapport occulte et mystérieux du médicament avec la nature spéciale de l'épidémie? Ou bien, plutôt, ne serait-ce pas tout simplement que l'opium, ainsi administré, possède une vertu généralement applicable au traitement des fièvres cérébrales? Ne serait-ce pas que les guérisons d'Avignon et de Strasbourg sont un exemple, une révélation d'une loi non moins large que nouvelle à instituer en thérapeutique? Pour ma part, je me suis proposé de faire dans ces vues une suite d'expérimentations cliniques, pour les fièvres qui se présenteraient à moi dans des circonstances opportunes et convenables; et, si je ne me trompe, j'ai déjà obtenu, en quelques cas, d'heureux résultats, par le moyen de la médicamentation dont il s'agit.

Au surplus, il est parfaitement clair que les divers moyens qui précèdent ne peuvent être que vains et impuissans contre la méningite tuberculeuse, si commune chez les enfans, et surtout chez les enfans pauvres. Car alors la première condition serait de soustraire la cause du mal, de résoudre les tubercules; et c'est ce qui, jusqu'à présent, est au-dessus des ressources de l'art. Voilà pourquoi, à l'hôpital des Enfans, la règle est, sauf exceptions rarissimes, que tout échoue.

§ II. Un mot sur la Méningite rachidienne.

569. *Aperçu nosologique.* — Y a-t-il des symptômes constans, caractéristiques, pathognomoniques, par lesquels l'existence d'une méningite rachidienne se trahisse et se révèle toujours avec une entière évidence? Non, pas plus, assurément, que pour la méningite encéphalique. Sans doute que, dans bien des cas, une douleur plus ou moins vive, ayant son siége le long de la colonne vertébrale, et s'exaspérant par la pression qu'on vient à exercer sur les apophyses épineuses, accompagne la méningite rachidienne. Mais d'une part il se peut que cette douleur fasse défaut, et que la méningite rachidienne, comme la méningite encéphalique, comme tout autre genre de phlegmasie séreuse (304. C.), soit latente; et d'autre part, cette même douleur a été observée dans des cas où la nécropsie n'a constaté aucunes traces d'inflammation dans les méninges de la moelle épinière. Il est encore bien évident que la méningite rachidienne doit souvent produire diverses perturbations des fonctions locomotrices, convulsions, contractions tétaniques, paralysies, etc., — soit par suite d'une irritation sympathique de la moelle, si tant est qu'en pareil cas il ne faille pas considérer celle-ci comme éprouvant elle-même, pour le moins, un premier degré de véritable inflammation, — soit par suite d'une compression plus ou moins forte que la moelle subit, à raison d'une infiltration considérable de pus dans la pie-mère. Mais, d'une

part, il arrive parfois, même avec cette dernière circonstance, qu'il n'y ait aucun trouble notable des fonctions locomotrices ; et d'autre part, il est certain que l'inflammation de l'encéphale et des méninges suffira seule à produire toutes les perturbations possibles de la contractilité musculaire, et cela sans entraîner nécessairement le désordre mental. Le renversement du tronc en arrière et de façon à former une sorte d'arc, en un mot, l'opisthotonos, voilà le symptôme que l'on a prétendu être l'indice le plus certain d'une méningite rachidienne. Eh bien, cela n'est rien moins que pathognomonique ; si effectivement ce symptôme se rencontre parfois avec la méningite rachidienne, il peut, parfois aussi, se montrer sans elle.

Au surplus, dans la plupart des cas où l'on constate une méningite rachidienne, on trouve en même temps une méningite encéphalique. Et voilà même, en grande partie du moins, pourquoi la science, jusqu'à présent, n'a guère pu faire la part précise des symptômes qui appartiennent à la première affection, et de ceux qui appartiennent à la seconde.

570. *Thérapeutique.* — (290 et 568.) — Pour peu qu'on soit fondé à soupçonner l'existence d'une méningite rachidienne chez un malade, voici quels sont les moyens de traitement à mettre en œuvre :

Phlébotomies. Ventouses scarifiées ou sangsues le long de la colonne vertébrale. Bains tièdes ou chauds. Hydrargyrose promptement poussée. Opium à haute dose. Vésicatoires, cautères ou moxas le long de la colonne vertébrale ; mais cela particulièrement pour les cas chroniques.

ARTICLE XXXII.

PÉRITONITE.

(Modern., — de Περιτόναιον, péritoine. — En latinité médicale, *Peritonitis* était le mot qui avait prévalu par corruption, — au lieu de *Peritonæitis*, mot tout-à fait correct et qu'ont employé quelques auteurs, entre autres un certain Lynch, dans une thèse citée par Plouequet, à l'article *Peritonæum*, et intitulée : *Diss. de peritonæitide puerperarum.* Edinburgh, 1799.)

(Voir nos 303-4.)

571. *Bibliographie.* — LAENNEC. *Histoires d'inflammations du péritoine.* (Dans le *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, en deux articles, fructidor an X, et vendémiaire an XI.)

GASC. — (Dans le *Dictionn. des sc. médic.*, — t. XI, p. 490-529.) — Art. *Péritonite.*

BAUDELOCQUE. *Traité de la péritonite puerpérale.* Paris, 1830, in-8°.

ANDRAL. — (*Clinique médicale*, t. II, p. 540-704.)

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XXIII, p. 558-603.) — Art. *Péritonite.*

DUPARCQUE. *Mémoire sur la péritonite aiguë essentielle chez les jeunes filles.* (Dans les *Annales d'obstétrique*, mai et juin 1842.)
RILLIET et BARTHEZ. — (*Op. cit.*, — t. Ier, p. 555-75 ; — et t. III, p. 377-406.)

572. *Définition scolastique* (29. A.). — La péritonite est l'inflammation du péritoine, ou, mieux encore, du tissu cellulaire sous-péritonéal.

573. *Synonymie.* — Vulgairement, Inflammation du bas-ventre. Terme sous lequel l'inflammation du péritoine fut si longtemps, c'est-à-dire jusqu'à la fin du dernier siècle, confondue avec les inflammations de l'intestin, de la matrice, etc.

§ I. De la Péritonite aiguë en particulier.

574. *Nosologie.* — A. Prenons d'abord pour type, en fait de symptomatologie, la péritonite occupant la totalité du péritoine, la *péritonite générale*, lorsqu'elle est suraiguë, et qu'elle se présente avec un certain ensemble de symptômes bien tranchés qui la font assez facilement reconnaître. Or, en pareil cas, qu'y a-t-il de plus important, de plus saillant à noter? A cet égard, il suffit, je pense, de fixer dans sa mémoire les divers points que voici.

α. Les *symptômes locaux* sont : 1° une douleur vive, atroce, dans toute l'étendue de l'abdomen, soit qu'elle ait eu dès son début ce caractère de généralité, soit qu'elle ait commencé par se faire sentir dans un siége plus ou moins restreint, à l'ombilic, par exemple, ou bien à l'épigastre, ou bien dans l'une des fosses iliaques, etc., auquel cas elle peut souvent, après s'être propagée partout, garder un plus haut degré d'intensité dans ce siége primitif; douleur ordinairement tensive, quelquefois pongitive ou bien térébrante ; s'exaspérant par la pression même la plus légère, par le poids d'un cataplasme, voire même d'un simple drap de lit, en sorte que, parfois, il y a nécessité absolue de soutenir les couvertures à l'aide de cerceaux ; s'exaspérant aussi, comme de raison, par les efforts de vomissement, par l'acte d'exonération alvine, par les contractions nécessaires pour la miction, par les moindres mouvemens que le malade essaie pour changer de position dans son lit ; 2° une sensation locale de chaleur brûlante qui accompagne la plupart du temps cette douleur abdominale ; 3° le ventre dur, — quelquefois, mais rarement, rétracté, ce qui n'arrive guère que dans les premiers jours de la maladie, — le plus ordinairement météorisé, et présentant chez tels et tels malades une intumescence d'autant plus considérable, qu'il était auparavant flasque de sa nature, ou qu'il venait d'être récemment distendu, comme chez les femmes à la suite de l'accouchement, ou dans les deux sexes après la paracentèse ; 4° enfin, les vomituritions et les vomissemens.

ε. Parmi les *symptômes généraux* que la péritonite suraiguë ne manque jamais d'entraîner, et qui dans leur ensemble constituent un appareil fébrile de formes extrêmement variées selon les cas (280. D.), il importe spécialement de signaler les traits suivans comme ayant une existence à peu près constante, et concourant par conséquent à caractériser la maladie. Ce sont : 1° le décubitus dorsal (45. A.); 2° la face grippée (45. G. δ.); 3° l'horrible tourment d'une soif brûlante que les malades n'osent satisfaire de peur de réveiller les vomissemens; 4° la respiration non seulement fréquente, mais, de plus, petite, et parfois même entrecoupée (46. F. γ.), ce qui tient à ce que l'abaissement du diaphragme a pour effet, comme la pression de la main sur le ventre, de produire l'exaspération des douleurs abdominales; 5° enfin, le pouls fréquent et serré (46. F. δ.).

γ. En ce qui touche à la *marche de la maladie*, remarquons, premièrement, que d'ordinaire il y a une fièvre prodromique, tout au moins une courbature et un frisson, avant l'apparition de la douleur abdominale; mais que, dans certains cas, au contraire, cette douleur est le premier symptôme, le phénomène d'invasion. En second lieu, une vérité fort triste à dire, mais incontestable, c'est que, dans le plus grand nombre des cas, la maladie aboutit rapidement à un dénouement funeste; elle peut emporter le malade en l'espace d'un septénaire, quelquefois plus vite encore, en trois ou quatre jours, en quarante-huit heures, voire même en moins de vingt-quatre heures. Toutefois, la résolution de la péritonite aiguë n'est pas chose impossible, et quelques malades sont assez heureux pour obtenir une telle terminaison. Chez d'autres, moins heureux, on voit bien, au bout de quelques jours, les symptômes cesser leurs alarmans progrès, décliner même et diminuer tous à la fois d'intensité, mais sans que la guérison pourtant s'accomplisse; la péritonite passe à l'état chronique.

δ. Un *phénomène consécutif* que l'on voit d'ordinaire persister très longtemps, indéfiniment même, chez la plupart de ceux qui ont survécu à une péritonite, c'est une douleur sourde dans un ou plusieurs points de l'abdomen, et qui ne laisse pas que d'y devenir plus sensible par la pression, par la marche, par toutes les secousses imprimées au corps. Effet dû, selon toute vraisemblance, à des adhérences partielles, qui, lors même qu'elles ne produisent aucun trouble notable dans les fonctions de l'économie animale, n'en sont pas moins un vice anatomique toujours fâcheux, en ce qu'elles peuvent donner lieu à un accident des plus graves, à l'étranglement interne de quelque anse intestinale. Au surplus, ces douleurs que la péritonite laisse après elle, et qui s'expliquent si bien par les adhérences péritonéales, sont quelquefois portées au point de constituer une infirmité cruelle. M. Chomel (*Leçons sur le rhumatisme*,

p. 84-5), cite une malade dont tel était le cas, très probablement du moins, et qui, pendant une dizaine d'années, ne put ni se livrer à une marche tant soit peu rapide, ni même supporter les oscillations de la voiture la plus mollement suspendue, sans éprouver bientôt, et parfois même sur-le-champ, de très vifs élancemens dans l'intérieur du ventre : elle ne pouvait alors se rendre de Paris à Passy en carrosse ; comme on lui avait conseillé l'usage des eaux d'Enghien à la source même, elle ne pouvait se rendre à ces bains qu'en se faisant porter sur les bras d'hommes qui se relayaient : aussi n'y allait-elle que la nuit. Au bout de dix ans, cette dame en était venue seulement à supporter la voiture une heure ou deux, mais pas davantage ; dans le milieu de la journée, pour mettre fin à certains tiraillemens abdominaux, elle était obligée de se déshabiller, et de se reposer horizontalement. Et aujourd'hui encore (octobre 1844), c'est-à-dire en dépit du laps de huit autres années, elle en est toujours au même point ; M. Chomel m'écrit qu'elle reste incapable de faire de plus longues promenades en voiture, et qu'elle ne peut pas non plus se dispenser chaque jour, dans l'après-midi, de céder au même besoin du déshabillé et du décubitus.

B. La péritonite, loin de se montrer toujours avec des symptômes bien tranchés (A. α. et 6.), peut aussi être latente, conformément à la loi générale qui régit les phlegmasies séreuses (304. C.). Il y a lieu, certes, de poser ce cas en espèce à part, ainsi que le fit Alibert dans sa *Nosologie* (famille II, *Entéroses*, genr. VI, esp. 4, *Péritonite larvée*). Broussais, dans son Traité des *Phlegmasies chroniques*, avait appelé l'attention des médecins sur le fait des péritonites latentes, fait aujourd'hui connu universellement. Ce n'est pas, au surplus, un cas bien rare. Depuis le premier exemple que j'ai observé, et dont je pris note (en 1828, à l'hôpital de la Charité), jusqu'à celui que j'ai vu dernièrement et que je vais citer et rapporter plus bas pour un point de vue étiologique (575. D. α.), combien de péritonites latentes n'ai-je pas constatées par autopsie, les unes soupçonnées par moi du vivant même des malades, les autres, je l'avoue, demeurées inaperçues jusqu'à l'ouverture du cadavre.

C. La péritonite est quelquefois bornée à une portion du péritoine : c'est la *péritonite partielle*. En pareille circonstance, la douleur reste, comme elle a débuté, dans un point, dans une région du ventre, à l'hypogastre, par exemple, ou dans l'un des flancs, etc. A cette douleur il se joint souvent de la tuméfaction et de la dureté dans la région affectée, et, de plus, une fièvre inflammatoire (280. D.) plus ou moins intense. Mais, en général, on n'observe alors ni les vomissemens, ni la face grippée. La péritonite partielle peut se transformer, après plus ou moins de temps, en une péritonite générale : et là en est le danger, toujours à craindre jusqu'à guérison parfaite. Mais, d'ordinaire, la péritonite par-

tielle aboutit plus ou moins promptement à une terminaison favorable, soit par suite de la résorption de l'épanchement séreux, soit encore parce que, dans le cas où il y a collection purulente, le pus finit par se faire jour dans quelque organe contigu et par où il puisse être porté hors de l'économie animale. Ainsi voit-on, par exemple, tel malade guérir après avoir rendu par le vomissement ou par les selles une certaine quantité de pus.

D. Pour ce qui est des altérations nécroscopiques que l'on peut constater en cas de péritonite, je renvoie, avant tout, le lecteur aux principes généraux d'anatomie pathologique que j'ai formulés, dans l'article premier de ce chapitre même, concernant les phlegmasies des membranes séreuses (304. B. D. E. F. G. H. I.). Mais je crois à propos d'insister ici sur les points qui suivent.

α. La *péritonite hémorragique*, prise dans toute la vérité du terme, est un fait acquis à la science, un fait attesté par maint observateur. — Citons, entre autres, une observation consignée dans la *Clinique médicale* de M. Andral (*loc. cit.*), et dont voici la substance : — Un homme de cinquante-sept ans, atteint depuis environ quinze jours d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, est tout-à-coup pris de douleurs abdominales dont l'invasion coïncida avec la disparition des douleurs arthritiques : c'était une péritonite suraiguë, qui remplaça le rhumatisme, se fit reconnaître par des signes évidens dès le lendemain de son apparition, et détermina la mort le surlendemain ; à l'autopsie, on trouva dans le péritoine une énorme quantité d'un liquide rouge. « Ce liquide, » dit M. Andral, « était du sang, ou du moins de la sérosité unie à la » matière colorante du sang..... ; il y avait de plus des flocons de » fausses membranes, qui attestaient que cette sorte d'hémorragie se » trouvait liée à un état inflammatoire du péritoine. » — Citons encore un cas analogue que M. Prus communiqua à la Société de médecine, dans la séance du 15 février 1833 : — Un homme de vingt-cinq ans, qui présentait les symptômes d'une pleurésie chronique, meurt n'ayant en apparence que cette seule maladie ; mais, à l'autopsie, on trouve de plus une péritonite caractérisée par des *granulations blanches*, qui recouvraient le péritoine ; et il y avait en outre, à la surface de cette membrane, une couche de sang coagulé, *de plusieurs lignes* d'épaisseur. Et là-dessus, M. Gasc, présent à cette séance, assura qu'il avait observé plusieurs cas semblables. (Voir les *Transactions médicales* : journal faisant suite au *Journ. général de médecine.* — T. XI, p. 290-1.)

β. La *péritonite gangréneuse* n'existe, à ce qu'il paraît, que dans le cas où les organes subjacens au péritoine se trouvent, eux aussi, en proie à l'inflammation et à la gangrène, comme, par exemple, lorsqu'il y a entérite phlegmoneuse par suite de l'étranglement d'une anse intestinale (468).

γ. En cas de *péritonite consécutive à la perforation du tube gastro-intestinal*, cas dont il a été question dans l'histoire de la gastrite (447. F. — 449. F. α. — et 454. G. δ.), et dans celle de l'entérite (461 et 468), il y a ordinairement une certaine quantité de gaz qui s'échappent de la cavité péritonéale, à l'instant même où le scalpel en opère l'ouverture, et qui sont d'autant plus fétides que la perforation occupe un point plus voisin de l'anus. Notons, de plus, que l'épanchement séreux ou séro-purulent se trouve coloré en jaune ou en brun par les matières stercorales et par la bile, si la perforation occupe l'intestin. Il se peut, si la perforation occupe l'estomac, il se peut, dis-je, fort bien, que le péritoine contienne des morceaux d'alimens à demi digérés ou non.

E. Quant à la péritonite des nouvelles accouchées, ou péritonite puerpérale, laquelle a toujours pour complication ou plutôt pour point de départ une métrite parenchymateuse plus ou moins prononcée, et reçoit certainement à juste titre le nom de métro-péritonite, c'est là, sous une infinité de rapports, un cas véritablement à part; et voilà pourquoi la *péritonite puerpérale* fut formellement reconnue, et posée comme une espèce distincte dans la classification nosographique de Pinel (Class. II, *Phlegmasies*, genr. XXXIV, *Péritonite*, esp. 2, *P. puerp.*), et dans celle d'Alibert (fam. II, *Entéroses*, genre déjà cité, esp. 4, *P. puerp.*). Quoi qu'il en soit, le mieux, et nous voyons aujourd'hui cette opinion commencer à prévaloir, le mieux est d'englober l'étude de ce cas, en tout ce qu'il a de vraiment spécial, dans l'histoire de la *Fièvre puerpérale*, — cette maladie générale, polymorphe, mais essentiellement une, que nous devons étudier en *Nosographie étiologique*, — cette maladie dont, comme nous serons bien forcés de le reconnaître, la péritonite n'est que l'une des formes, ou mieux, l'un des élemens anatomiques.

575. *Étiologie.* — (287.) — A. Chez les sujets de tout âge, la péritonite aiguë peut éclater, comme on dit, à titre de maladie spontanée, c'est à savoir, suivant notre langage, à titre de maladie par prédisposition, ou de maladie par détermination mixte (93) : — chez les enfans tout aussi bien que chez les adultes, ainsi que l'a démontré M. Duparcque dans un excellent mémoire (571).

B. L'état puerpéral est, sans contredit, la cause prédisposante qui a, incomparablement, la part la plus large dans la production des péritonites.

C. Il est bon de remarquer que la diathèse rhumatismale ou arthritique paraît être une condition prédisposante pour le développement de la péritonite, comme elle l'est pour la méningite, et surtout pour la pleurésie et la péricardite (563. E.). Je citais tout-à-l'heure (574. D. α.), d'après M. Andral, un cas de péritonite hémorragique survenu par métastase dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Et, à l'appui du point étiologique dont il s'agit ici, j'apporterai encore un autre

exemple, un fait qui se trouve consigné dans la *Médecine clinique* de Pinel (p. 243), et que voici : — Une femme âgée de soixante-deux ans, sujette à la goutte, éprouvait depuis quelques jours des symptômes arthritiques au pied gauche ; à la suite d'un accès de colère, la goutte du pied disparaît ; deux heures après, symptômes alarmans du côté de l'estomac et du péritoine : mort le sixième jour ; l'autopsie démontre l'existence d'une gastro-péritonite.

D. Comme causes déterminantes, accusons principalement celles que voici :

a. Les *contusions*, surtout les contusions très violentes, qui portent sur l'abdomen, n'importe par quel point du pourtour de cette importante cavité. Il ne faut pas même excepter celles qui ont lieu par l'épaisse masse des parois lombaires, si bien faites pourtant pour protéger et garantir l'intérieur de l'abdomen. Tout récemment encore, je viens d'observer, dans mon service (Hôtel-Dieu annexe, salle Sainte-Cécile, n° 6 ; février-mai 1843, internat de M. Em. Chauffard), un exemple de péritonite née d'une contusion sur la région lombaire : — Rosalie Cantin, par suite d'une chute, éprouvait une douleur vive, profonde et opiniâtre dans la partie droite des lombes ; station et marche d'abord difficiles, puis impossibles, en raison de cette douleur ; fièvre hectique ; toux fréquente et pénible avec fort peu d'expectoration ; inappétence de plus en plus prononcée ; dyspepsie ; plus tard, diarrhée colliquative ; mais jamais de vomissemens, mais une parfaite indolence du ventre à la pression ; rien à noter du côté de la poitrine, quant aux phénomènes de percussion et d'auscultation ; quelques temps avant la mort, œdème des extrémités inférieures, puis le *flot du liquide* (*Path. chir.*, t. I, p. 76) se fait sentir dans le ventre, assez obscurément, il est vrai, et à la condition d'une exploration très attentive.—*Autopsie :* péritonite bien caractérisée avec de nombreuses adhérences des circonvolutions intestinales ; épanchement considérable de sérosité ; cirrhose commençante ; collection purulente sous-péritonéale, auprès et au-dessous de la portion lombaire du muscle psoas du côté droit, et là était, évidemment, la cause immédiate de la péritonite ; poumons parfaitement sains,—quoique, en raison de la toux et du marasme, le mot de *tubercules* eût été, et cela devait être, le mot inscrit à titre de diagnostic sur la feuille d'entrée, d'après le Bureau central, auquel les règlemens commandent un diagnostic sur chaque billet d'admission, tâche véritablement, je dirai même physiquement impossible à remplir d'une façon toujours exacte avec l'énorme affluence de malades qu'il faut là, chaque jour, n'examiner qu'à la hâte.

6. Les *plaies pénétrantes* de l'abdomen. Catégorie où il va sans dire que se trouve comprise la paracentèse, opération après laquelle, chez

les sujets ascitiques, la péritonite n'est assurément pas la règle, mais n'est pas non plus un accident très rare.

γ. Les *perforations ulcératives, gangréneuses ou autres, de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, du rein, d'un kyste, d'un abcès*, etc., par où des matières plus ou moins irritantes, comme les alimens, le chyme, la bile, la matière fécale, des hydatides, du pus, etc., viennent à s'épancher dans la cavité du péritoine. Pour en revenir particulièrement aux perforations gastro-intestinales, qui sont, sans contredit, les plus fréquentes, elles peuvent être, en effet : — tantôt spontanées, comme on dit, par suite d'une gastrite ou d'une entérite à forme ulcéreuse ou gangréneuse ; — tantôt déterminées par une action véritablement traumatique de certains poisons, de certains corps étrangers, — 1° poisons caustiques, qui produisent une escarre de toute l'épaisseur des parois de l'estomac et de l'intestin, dans une étendue plus ou moins grande, d'où ensuite un trou à l'instant que l'escarre vient à se séparer du vif, — 2° corps étrangers mécaniquement vulnérans, en raison de leur forme, comme on le voit, par exemple, — prenons entre tant et tant d'autres faits analogues cet exemple-là, qui nous tombe sous la main, — comme on le voit, dis-je, dans le cas très curieux et très intéressant, rapporté par M. le docteur Névet (de Nancy), d'un saltimbanque lithophage, qui, un jour, après avoir avalé une assez grande quantité de cailloux, avala aussi une cuiller de fer, eut, peu d'heures après, tous les symptômes d'une péritonite, et mourut le lendemain, la cuiller (c'est ce que l'autopsie démontra) se trouvant arrêtée dans le duodénum, et en ayant opéré la déchirure avec son manche, qui sortait déjà de *deux pouces* par cette déchirure. (Voir *Archives générales de médecine*, juillet 1839, p. 353-6.) Pour les perforations rénales, je puis et je dois renvoyer le lecteur à un article de mon premier volume, à l'article *Pyélite* (525. D. — 526. F. — et 527. D.).

δ. Enfin, l'*entérite phlegmoneuse* (468-9), par quelque cause que cette maladie soit produite et entretenue. Et, indépendamment, bien entendu, d'une terminaison par perforation, mais ne fût-ce que par l'extension du molimen inflammatoire des tuniques intérieures de l'intestin à la tunique séreuse.

576. *Diagnostic.* — Signalons ici un double écueil ; et, assurément, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de n'y échouer dans aucun cas.

A. Un premier écueil est de méconnaître la péritonite, lorsqu'elle est latente (574. B.), voire même toutes les fois qu'elle existe sans un appareil symptomatique qui soit des plus propres à la caractériser d'une façon évidente et indubitable.

B. Un second écueil, l'écueil contraire, c'est de voir la péritonite là

où elle n'existe pas; c'est de la voir dans tous les cas de fièvre puerpérale indistinctement et sans exception; c'est de la voir dans quelques autres affections abdominales, où se montrent des symptômes semblables à ceux qui sont ordinairement les siens. Je me borne à avertir que les affections qui peuvent simuler quelquefois une péritonite sont principalement : 1° le rhumatisme pré-abdominal (Voir les *Leçons cliniques sur le Rhumatisme*, p. 67 et suiv.); 2° l'inflammation très aiguë de quelque viscère abdominal, notamment de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus ou de la vessie; 3° enfin, les coliques nerveuses.

Voilà les difficultés indiquées; voilà pour ainsi dire les problèmes posés. Si je voulais maintenant entrer dans le détail des données propres à résoudre ces problèmes, sinon toujours, du moins pour la majorité des cas, une telle discussion exigerait de trop longs développemens. Je laisse à mes lecteurs de suppléer cette lacune par leurs propres recherches, par leurs propres méditations.

577. *Pronostic.*—Toujours grave, très grave, sauf tout au plus le cas de péritonite partielle, et lorsque cette péritonite partielle n'occupe qu'un espace peu considérable. La péritonite générale est le plus souvent mortelle; et, en particulier, celle qui est due à la perforation d'un viscère creux, d'un kyste ou d'un abcès, l'est presque toujours, et cela dans un court délai.

578. *Thérapeutique.* — (290.) — A. Emploi des émissions sanguines dès le début de la maladie, avec autant d'énergie et de profusion que le permet l'état des forces. Une ou deux larges phlébotomies, par exemple, dans les premières vingt-quatre heures. Sangsues en grand nombre : cinquante, cent ou même davantage, sur le ventre.

B. Cataplasmes émolliens et laudanisés, si tant est que le poids n'en soit pas insupportable : sinon, se borner aux fomentations, aux embrocations de même nature; quelquefois même, mieux vaut ne rien faire, absolument rien en ce genre, tant se montre excessive, en certains cas, la sensibilité du ventre, je ne dirai plus à la pression, mais au moindre contact!

C. Boissons acidules (132. F. α.), froides et même à la glace : voilà ce qui, en général, convient et réussit le mieux pour étancher la soif, sans redoubler les vomissemens. Au besoin, potion anti-émétique de Rivière. En cas de péritonite par perforation du canal digestif, le mieux serait de ne rien boire du tout; car, autrement, il n'est guère possible qu'une plus ou moins grande quantité de la boisson administrée au malade ne vienne pas à passer dans la cavité du péritoine, ce qui ne saurait avoir lieu sans aggraver l'état des choses, ou du moins sans contrarier la formation et la consolidation des adhérences à l'aide desquelles la nature pourrait remédier d'elle-même à la perforation. Si donc, en

semblable circonstance, on ne veut pas renoncer à toute espérance de salut, il faut persuader aux malades d'endurer la soif et de ne la calmer, pour ainsi dire, qu'à la dernière extrémité, soit en suçant des quartiers d'orange, des morceaux de glace, etc., soit en ne buvant qu'une ou deux gorgées de tisane à la fois, et encore à de rares intervalles.

D. Intervention de la médicamentation narcotique, et notamment des préparations opiacées, toutes les fois que les douleurs sont excessivement vives et qu'elles n'ont point cédé à un raisonnable déploiement de phlébotomies et de sangsues.

E. Une condition généralement bonne à remplir dans le traitement de la péritonite aiguë, mais qui est surtout de rigueur en cas de perforation de l'estomac ou de l'intestin, et peut encore, alors même, ouvrir une certaine chance de salut, c'est l'immobilité complète et absolue du corps. Quand la nature elle-même n'y oblige pas forcément les malades par l'atroce exagération de leurs douleurs à l'occasion du moindre mouvement, les malades font bien de se condamner volontairement à une telle immobilité. Qu'ils n'aient jamais à s'aider eux-mêmes de leurs mains pour avaler leur tisane; qu'une main étrangère les fasse boire avec les plus douces précautions, sans même leur soulever la tête. Miction dans un urinal; exonérations alvines dans un bassin adroitement placé sous le siége.

F. Bains ou demi-bains chauds, avec ou sans addition de principes émolliens. Mais seulement, bien entendu, quand l'immobilité absolue n'est pas de rigueur (E.), et quand le malade peut, sans trop de douleur, sans trop d'inconvéniens, supporter les déplacemens, les translations de son lit à la baignoire et de la baignoire à son lit.

G. Large vésicatoire sur le ventre; emploi de la pommade stibiée; frictions avec l'huile de croton tiglium : voilà autant de moyens révulsifs, qu'il est rationnel d'exploiter lorsque les émissions sanguines ne peuvent pas ou ne peuvent plus être mises en usage.

H. Frictions mercurielles sur le ventre, répétées, par exemple, à la dose de quatre grammes d'onguent napolitain chaque fois. C'est là une médicamentation qui a ses prôneurs pour être employée soit dès le début même de la péritonite aiguë, avec ou sans le concours des émissions sanguines, soit seulement après que celles-ci ont été suffisamment réitérées. J'y ai eu bien des fois recours de cette dernière façon; mais, je dois le dire, sans avoir jamais eu le bonheur d'être parfaitement édifié sur l'efficacité réelle d'un tel mode de traitement.

§ II. Quelques mots sur la Péritonite chronique.

579. *Nosologie.* — A. La péritonite chronique fait suite, cela va sans dire, à un état d'inflammation aiguë, soit latent, soit avec symptômes tranchés et caractéristiques. Dans ce premier cas, où il est assez ordinaire de dire, par abus de mot, par catachrèse, que la péritonite est chronique primitivement, chronique d'emblée, on voit la maladie empirer progressivement; et de légère, d'obscure qu'elle était d'abord, en venir, chez beaucoup de sujets, à se dessiner de la façon la plus franche et la plus incontestable. Dans le second cas, une rémission de l'ensemble symptomatique, un amendement, hélas! plus apparent que réel, marque le passage de l'état aigu à l'état chronique (574. A. γ.).

B. Ici encore, comme à l'égard de la péritonite aiguë, supposons la péritonite chronique se montrant avec un ensemble de symptômes qui soient des plus propres à la caractériser. Que voyons-nous alors?

α. D'abord, quant à l'*état du ventre*, notons la douleur, qui, généralement, il est vrai, n'est ni intense ni continue, mais sourde et obscure, et qui, la plupart du temps même, ne se manifeste que sous la pression d'une main qui explore, ou à l'occasion d'un effort qui détermine une contraction énergique des muscles abdominaux, ou bien en raison d'une secousse imprimée au corps, soit par un faux pas, soit par le cahotage d'une voiture. Le ventre, outre cela, présente à l'inspection et à la palpation deux manières d'être, qui correspondent à deux variétés anatomiques de la péritonite chronique, variétés constituées, l'une par l'existence d'un épanchement dans la cavité péritonéale, l'autre par l'absence de l'épanchement, ou nul dès le principe, ou plutôt disparu par résorption. Dans la première variété, en effet, le ventre est augmenté de volume, ou tout au moins, en gardant son volume naturel, se montre plus dur, plus tendu qu'à l'ordinaire : la percussion y découvre une matité pathologique, soit générale, soit partielle; on peut même y constater le *flot du liquide*, mais d'une façon rarement très manifeste, le plus communément obscure, comme je disais tout-à-l'heure l'avoir observé chez Rosalie Cantin (575. D. α.). Dans la seconde variété, au contraire, le ventre est plutôt diminué qu'augmenté de volume; il offre à la main qui l'explore, une résistance et une dureté contre nature et qui ne tiennent pas du tout à la contraction des muscles abdominaux; quelquefois même on sent sous le nombril une saillie mal circonscrite et peu considérable, que les intestins ratatinés et confondus entre eux par les adhérences forment au-devant de la colonne vertébrale. Inutile d'ajouter que cette variété succède, dans certains cas, à la première, et cela par la résorption de l'épanchement.

β. Pour ce qui est, maintenant, des *autres symptômes*, en voici un

bref aperçu. Dyspepsie constante, comme en cas de gastrite chronique (454. D. α.); inappétence, dégoût. Chez quelques sujets, mais non pas chez tous, il y a des vomituritions et même des vomissemens. Chez les uns, constipation excessive; chez les autres, dévoiement : mais il faut ajouter que, sur la fin de la maladie, une diarrhée colliquative est, en général, la règle. Pouls fréquent; chaleur fébrile, particulièrement vers le soir. Assez ordinairement, de la dyspnée et de la toux viennent à se produire en surcroît de tourmens, à titre de conséquences, — sympathiques ou mécaniques, ne discutons pas cela, — de l'état pathologique où se trouve l'abdomen. Face grippée ou quelque chose d'approchant. Amaigrissement, marasme, asthénie de plus en plus considérable. Il n'est pas rare, dans la première variété de péritonite chronique (α.), dans la péritonite chronique avec épanchement, d'observer l'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales, et, pour ainsi parler, une sorte de demi-anasarque.

C. La péritonite chronique a communément une marche lente et une longue durée. Souvent elle demeure stationnaire pendant plusieurs mois. Elle peut même offrir une ou plusieurs fois des apparences d'amendement, qui presque toujours ne sont que momentanées. La mort est la terminaison ordinaire, dans l'une et l'autre des variétés anatomiques de cette maladie, et peut-être plus particulièrement dans la seconde variété que dans la première.

D. L'épanchement, en cas de péritonite chronique, est presque toujours séreux ou, tout au plus, mélangé de flocons pseudo-membraneux. Il ne se peut guère qu'il soit purulent, si ce n'est lorsque la péritonite est partielle et qu'elle occupe un petit espace : car la sécrétion d'un liquide purulent sur toute la surface du péritoine constitue un cas fort peu susceptible de passer à l'état chronique, un cas suraigu par excellence et qui, en général, entraîne une mort très rapide.

E. Avec ou sans épanchement, l'autopsie constate des adhérences (304. G.) plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, plus ou moins intimes, qui agglomèrent et confondent les anses intestinales entre elles, et aussi avec les épiploons, voire même avec le feuillet pariétal du péritoine. Cette agglomération des intestins en une sorte de paquet inerte, où les mouvemens nécessaires au parfait accomplissement des fonctions digestives ne peuvent plus avoir lieu, voilà ce qui rend la guérison impossible, la mort inévitable, alors même que l'épanchement s'est résorbé et que l'inflammation séreuse est véritablement terminée. Dans certains cas où il n'y a pas d'épanchement, l'adhérence de la masse viscérale avec le feuillet pariétal du péritoine est telle que, si l'on est novice en fait d'investigations nécroscopiques, on peut, tout en atteignant déjà du scalpel la colonne vertébrale, ne pas se croire parvenu dans la

cavité péritonéale : erreur jusqu'à un certain point justifiée par l'oblitération de cette cavité, par l'amincissement des parois abdominales et par l'atrophie des intestins.

F. Encore un dernier trait d'anatomie pathologique. C'est que, dans un grand nombre de cas, la péritonite chronique est une péritonite tuberculeuse (304. I.). Mais presque toujours, en semblable circonstance, outre les tubercules que l'on constate çà et là dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, particulièrement sur les circonvolutions intestinales, on en constate aussi dans d'autres organes, notamment dans les poumons.

580. *Thérapeutique.* — Que faut-il faire? Que faut-il prescrire? Hélas! en vérité, c'est avec la pensée bien triste et bien décourageante qu'une guérison n'est possible que par exception rare, une fois sur cent, une fois sur mille, que sais-je ? Mais enfin toujours est-il qu'on agit, du moins, dans un but certain de thérapeutique palliative, dans le but de soulager les malades et de prolonger leurs jours.

A. Grand repos. Eviter toute pression sur le ventre, toute secousse, tout effort qui réveillerait ou exaspérerait les douleurs. Régime alimentaire habilement et sévèrement maintenu dans une juste mesure. Voilà pour les soins de pure hygiène.

B. Encore, au besoin, les saignées, notamment la saignée locale à l'aide de sangsues sur le ventre, lorsque cette ressource a été négligée dans les commencemens du mal, et aussi lorsqu'il survient quelque recrudescence du molimen inflammatoire; encore quelques saignées, disons-nous, sauf, bien entendu, les contre-indications que l'asthénie peut élever. Mais surtout, et en règle générale, les bains et les demi-bains, simples ou émolliens; la médicamentation émolliente par le moyen de cataplasmes, de fomentations, d'onctions; les exutoires (vésicatoires, cautères, moxas ou sétons), soit sur le ventre même, soit à la partie supérieure des cuisses; et enfin, la mercurialisation par les frictions, ou bien encore par le calomel à l'intérieur.

C. Pourquoi pas la paracentèse? Pourquoi ne pas essayer cette ressource, lorsqu'un épanchement général ou partiel persiste après la cessation de l'orgasme inflammatoire, — et, bien entendu, lorsque les fonctions digestives s'exécutent encore assez régulièrement et que l'état des forces vitales se montre encore assez bon pour fonder une légitime espérance de guérison sur la disparition de l'épanchement? Là peut-être gît une chance de salut, surtout en cas de péritonite partielle. Les fastes de l'art nous présentent des cas dans lesquels, assure-t-on, la nature a sauvé elle-même les malades en ouvrant spontanément une issue extérieure à la collection purulente ou séro-purulente.

ARTICLE XXXIII.

PLEURÉSIE.

(Dictionn. de l'Acad., Vitet, Pinel, Laënnec, etc. — *Pleuresis*, de Paracelse : — par altération, pour Πλευρῖτις, Hipp , mot dérivé de Πλευρά, côte, et qui signifiait un *point de côté*, c'est-à-dire indifféremment la pleurésie et la pleurodynie d'aujourd'hui.)

(Voir nos 303-4.)

581. *Bibliographie.*— LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIe partie, sect. IV, chap. 1er, *De la pleurésie.*

ANDRAL. —(*Clin. méd.*, — t. IV, p. 402-632.)

CRUVEILHIER. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, —t. XIII, p. 281-343.)—Article *Pleurésie.*

CHOMEL. — (Dans le *Répert.*, — t. XXV, p. 6-55.) — Article *Pleurésie.*

HIRTZ. *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie.* (Dans les *Archives*, février 1837.)

HEYFELDER. *Sur la pleurésie chronique et l'empyème.* (Dans les *Archives*, mai 1839.) —Avec quelques réflexions de M. Valleix, à la suite de ce mémoire.

BARON (Ch.). *De la pleurésie dans l'enfance.* Th. inaug. Paris, 1841.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. I, p. 140-81.)

SÉDILLOT. *De l'opération de l'empyème.* Thèse de concours. Paris, 1841, in-4°.

DAMOISEAU. *Recherches cliniques sur plusieurs points de diagnostic des épanchemens pleurétiques.* (Dans les *Archives*, octobre et décembre 1843.)

VALLEIX. — (*Guide du médecin*, — t. II. Paris, 1843, in-8°. — Chap. VI.)

582. *Définition scolastique.* — Le mot pleurésie, depuis Pinel, ne sert plus qu'à désigner précisément, uniquement, exclusivement, l'inflammation de la plèvre, ou, si l'on aime mieux dire ainsi, du tissu cellulaire sous-pleural.

Je dis depuis Pinel ; car il faut savoir qu'antérieurement aux progrès du diagnostic anatomique on ne se faisait pas scrupule de confondre, sous le titre de pleurésie, les simples inflammations de la plèvre et les pleuro-pneumonies; tant il est vrai que le point de côté passait pour le fait capital, pour l'essence même de la maladie, aux yeux des médecins qui se préoccupaient de l'étude des symptômes plus que de celle des altérations anatomiques ! Et ce qui est bien digne de remarque, c'est qu'un livre de Pinel lui-même nous offre encore des traces de cette vieille con-

fusion et s'en trouve entaché. Dans la *Médecine clinique* de cet auteur, nous voyons figurer, sous le titre de *pleurésie avec fièvre adynamique*, un cas de pleuro-pneumonie terminé par gangrène. Voici ce cas : — Une femme de soixante-sept ans, d'une constitution affaiblie, est le sujet de l'observation. Premier jour : frisson, point de côté à droite, toux sèche, vomissement spontané. Quatrième jour : dyspnée, douleur thoracique très aiguë, point d'expectoration, pouls fréquent et faible (*Quelques sangsues*). Cinquième jour : embarras gastrique (*Emétique*) ; le soir, paroxysme, QUELQUES CRACHATS ROUILLÉS. Sixième jour : stupeur, prostration, respiration convulsive, pouls rare et faible, point d'expectoration, râlement, aphonie. Septième jour, mort. *Nécropsie :* adhérences très nombreuses des poumons avec la plèvre costale, surface du poumon droit sphacélée, tissu de ce viscère gorgé de mucosités.

583. *Synonymie.* — Vulgairement et suivant une manière de parler assez peu logique : Fausse fluxion de poitrine. — Néologiquement, mais en conformité avec la nomenclature généralement adoptée aujourd'hui pour les inflammations (277) : Pleurite (Alibert, fam. V, *Pneumonoses*, gen. VII. — Piorry, *Tr. de méd.*, t. IV, p. 628. — Roche et Sanson, *Nouv. élém. de path.*, t. I, p. 565. — etc.). — Dans un langage particulièrement usité en vue de la nécessité ou de la convenance d'une opération chirurgicale : Empyème, — lorsque l'épanchement séreux ou séro-purulent de la pleurésie persiste indéfiniment.

§ I. De la Pleurésie aiguë, en particulier.

584. *Remarques touchant le point de vue du siége.* — A. Tantôt la pleurésie se développe libre de toute adhérence, de manière que l'épanchement puisse se répandre régulièrement dans toute l'étendue de la cavité séreuse en refoulant le poumon vers la colonne vertébrale et le médiastin : c'est là même la pleurésie-type, la pleurésie-modèle que nous allons spécialement envisager dans ce paragraphe-ci. Tantôt, au contraire, l'inflammation et l'épanchement n'existent, ne peuvent exister que dans un espace borné ; et pourquoi ? — parce que le veulent ainsi les adhérences pleurales, la plupart du temps plus ou moins anciennes, quelquefois, au contraire, toutes récentes et dues à l'inflammation actuelle : c'est là ce qui constitue les *pleurésies circonscrites* ou *partielles*, touchant lesquelles je me réserve de dire quelques mots dans un paragraphe *ad hoc* (§ III).

B. Le plus communément, la pleurésie n'existe que d'un seul côté du thorax, que dans une seule plèvre. Mais quelquefois il arrive que les deux plèvres s'enflamment en même temps (*pleurésie double*). C'est là, au surplus, un fait rare, surtout si l'on ne tient pas compte de ces pleurésies doubles peu intenses et latentes qui, chez certains sujets atteints d'une autre maladie aiguë ou chronique, se forment uelques heures

seulement avant la mort et dans l'agonie même ; si l'on ne tient pas compte non plus de ces cas où, dans les dernières heures d'une grave pleuro-pneumonie d'un seul côté, une pleurésie insignifiante envahit le côté jusque là demeuré sain. Il est rare, très rare, fort heureusement, que les deux plèvres soient prises à la fois d'une inflammation intense avec épanchement abondant; c'est un cas presque toujours promptement mortel. La chance des malades n'est guère meilleure quand l'épanchement est abondant d'un côté et peu considérable de l'autre, et même quand il est médiocre des deux côtés. Si parfois l'on voit des pleurésies doubles durer un certain temps, se présenter même à titre de maladie décidément chronique, ces pleurésies sont partielles et peu étendues, au moins d'un côté, et le plus souvent même l'une des deux n'est antérieure à la mort que de très peu de temps.

585. *Symptômes.* — A. *Point de côté :* douleur pongitive (46. A. 6.), le plus ordinairement fixée au-dessous du mamelon, — ou du moins à la même hauteur, tout en étant plus latérale, plus éloignée de la ligne médiane ; mais, dans certains cas, fixée en quelque autre place sur le côté affecté; parfois aussi, se déplaçant, se faisant sentir tantôt ici, tantôt là, dans le cours d'une seule et même pleurésie. Cette douleur est un des symptômes les plus constans; cependant elle manque quelquefois, et il n'est pas bien rare, assurément, qu'une pleurésie, même aiguë, soit une *pleurésie latente* (304. C.), comme on dit généralement, ou *pleurésie larvée*, comme disait Alibert (*Pneumonoses*, genre cité, esp. 3). Toujours la douleur pleurétique est exaspérée par les mouvemens respiratoires, surtout par l'inspiration, qui se trouve ainsi arrêtée, bornée, et pour ainsi dire écourtée. De là, par conséquent, une *respiration petite*, une *respiration vite*, encore bien même qu'elle ne soit pas très fréquente (46. F. y.). Mais ce qui exaspère davantage encore la douleur, au point même de la rendre atroce, ce sont les secousses de la toux.

B. *Dyspnée :* se montrant avec les caractères que je viens de décrire (A.), par le fait même du point pleurétique, — ou bien consistant uniquement, lorsque cette douleur n'existe pas, dans une sensation interne de gêne, d'étouffement, qui a sa cause dans la compression du poumon par l'épanchement, et qui est, d'ailleurs, très variable quant à l'intensité, depuis son plus faible degré, depuis un degré à peine incommode, jusqu'au degré de *dyspnée suffocante* (46. F. y.). Ordinairement, la dyspnée cesse avec le point pleurétique au bout de quelques jours, encore bien même que l'épanchement soit alors plus abondant que dans le principe. Sans doute, avec Laënnec, il faut expliquer cette cessation de la dyspnée, — d'abord, par l'habitude que le poumon peut prendre assez promptement d'être comprimé, quand la compression n'a lieu

que dans une proportion médiocre, — puis, par le développement d'une respiration puérile et vraiment supplémentaire dans le côté sain. Les circonstances principales qui concourent à rendre la dyspnée très intense sont : 1° l'abondance de l'épanchement ; 2° l'extrême rapidité avec laquelle cet épanchement se forme et augmente, ce qui ne permet plus à l'influence de l'habitude d'intervenir pour atténuer et neutraliser en quelque sorte le mal ; 3° l'existence d'une autre affection qui déjà constituait, antérieurement à la pleurésie, un certain degré de gêne respiratoire, tant faible soit-il, comme, par exemple, une bronchite, un emphysème pulmonaire, un vice organique du cœur, etc.

C. *Toux :* quelquefois nulle ou à peu près, mais le plus ordinairement se produisant à intervalles plus ou moins fréquens ; jamais par quintes ; généralement petite et comme avortée, contenue qu'elle est par une sorte d'instinct, à raison de l'exaspération qu'elle amène dans le point pleurétique ; essentiellement sèche, en tant qu'elle n'est liée qu'à une pleurésie pure et simple, ou bien tout au plus la voit-on amener quelques crachats pituiteux, spumeux, mêlés parfois de filets de sang. Ainsi, Arétée déjà, parmi les anciens, l'avait-il très bien caractérisée, avec cette concision pittoresque qui est le propre de son génie ([1]). L'expectoration ne devient glaireuse et abondante que lorsque la bronchite a fini par survenir, comme c'est assez la règle, en complication de la pleurésie (506. A.-B.).

D. *Décubitus :* sur le côté affecté ou sur le dos, du moins chez la généralité des malades qui se tiennent ainsi de préférence, ou même forcément, parce que le décubitus sur le côté sain ne peut avoir lieu sans augmenter la dyspnée, et quelquefois même provoque immédiatement un accès de suffocation. Cependant il est des cas où l'on observe le contraire, où le malade ne se couche que sur le côté sain.

E. *Matité thoracique :* plus ou moins manifestement constatée par voie de percussion (45. I.), dès que l'épanchement est formé, et partout où il constitue une sorte de nappe liquide plus ou moins épaisse entre le poumon et la paroi du thorax. Quand cet épanchement est peu considérable, il tend en vertu même de la pesanteur, chez un malade couché en plein ou à moitié sur le dos, à occuper et il occupe effectivement la région postérieure-inférieure de la cavité pleurale. Mais, pour peu que l'épanchement soit abondant, il se répand sur toute la surface des poumons, l'écarte des parois thoraciques, à moins qu'il n'y ait des adhérences dans quelques points. Assez souvent, peu d'heures après l'invasion de la maladie, le son est mat dans la moitié inférieure, voire même

([1]) Liv. I, c. 10 (Περὶ πλευρίτιδος). — Βὴξ ξηρὴ, πτυελὰ μόλις ἀναγόμενα. — C'est-à-dire : « Toux sèche, crachats à peine produits. »

dans la totalité du côté affecté. La matité thoracique ne saurait faire entièrement défaut que dans le cas de *pleurésie sèche*, c'est-à-dire où il n'y a pas d'épanchement, mais seulement exsudation pseudo-membraneuse, si tant est qu'il puisse y avoir de telles pleurésies, point d'anatomie pathologique que nous allons discuter tout-à-l'heure. (587. B.) Toutes les fois que l'épanchement est très abondant et persiste au-delà de trois à quatre septénaires, la matité thoracique survit encore un certain temps à la résorption complète de cet épanchement; la résonnance normale ne reparaît qu'assez lentement, et même, dans beaucoup de cas, elle ne redevient jamais ce qu'elle était avant la maladie; j'en dirai la cause ci-après (F. 6.).

F. *Faiblesse ou nullité du bruit respiratoire vésiculaire* (46. F. γ.): symptôme non moins constant, non moins immanquable que la matité, partout où un épanchement s'interpose entre le poumon et la paroi thoracique.

α. Lorsque l'épanchement se produit en très grande abondance dès les premiers momens, incontinent le bruit respiratoire ne se fait plus du tout entendre dans le côté affecté, excepté le long de la colonne vertébrale, vers la racine du poumon, dans une largeur d'environ trois travers de doigt, où il se laisse entendre encore, quoique avec moins de force que du côté sain. Cette absence totale de la respiration, après quelques heures de maladie, est un signe infaillible qui permet d'affirmer l'existence d'un épanchement pleurétique, lors même que le point de côté n'est pas là. De plus, la persistance de la respiration vers la racine du poumon, — avec le timbre bronchique, cela va sans dire, que la respiration a là naturellement, — n'est pas un signe moins constant; signe qui, en effet, existe même dans les pleurésies chroniques, où l'épanchement est le plus considérable et où le poumon se trouve réduit au dernier degré de refoulement et d'aplatissement contre la colonne vertébrale. Chez beaucoup de sujets, la respiration s'entend encore assez bien dans la région sous-claviculaire, quoique toutes les autres preuves soient réunies pour annoncer un épanchement abondant et formé tout-à-coup, tel que nous venons de le considérer; on peut, en pareil cas, tenir pour certain que le sommet du poumon est uni à la plèvre costale par des adhérences anciennes. Mais, autrement, si l'on n'a, du reste, que les signes d'un épanchement médiocre, la respiration sous-claviculaire prouve seulement que l'épanchement ne monte pas jusque là, ou ne forme qu'une couche très mince sur le lobe supérieur du poumon. Un point fort important à remarquer, relativement à la cessation générale et subite du bruit respiratoire dans un côté tout entier, c'est qu'en semblable occurrence on doit se garder de croire que l'épanchement soit sur-le-champ aussi considérable qu'il l'est dans les pleurésies chroniques où

la respiration est pareillement nulle, et où l'on trouve, à l'autopsie, le poumon tout-à-fait aplati. Il paraît constant, comme Laënnec le pensait, que, dans les cas où l'épanchement a tout-à-coup un certain degré d'abondance, le poumon est d'abord suffoqué en quelque sorte, et cesse de se dilater et d'admettre l'air, quoiqu'il ne soit soumis qu'à une compression médiocre, et qu'il ait à peine perdu, par exemple, un quart de son volume. Souvent alors, au bout de quelques jours, le poumon s'habitue à ce degré de compression; et quoique l'épanchement n'ait point diminué, et qu'il se soit même quelquefois un peu augmenté, on recommence à entendre dans plusieurs points le bruit vésiculaire, tantôt, il faut le dire, extrêmement faible et obscur, tantôt, au contraire, approchant déjà de son intensité naturelle. C'est là un fait que Laënnec et d'autres observateurs après lui ont constaté, soit par l'autopsie cadavérique, soit par la comparaison des signes stéthoscopiques avec le degré de la *dilatation thoracique*, cet autre signe dont je vais parler tout-à-l'heure (K.).

β. L'épanchement, à la fois abondant et subit, dont nous venons d'indiquer les caractères stéthoscopiques (α.), n'est pas, tant s'en faut, la règle. Le plus ordinairement, au contraire, notamment chez les enfans et chez les adultes d'une bonne et vigoureuse constitution, la pleurésie aiguë n'entraîne tout d'abord qu'un épanchement assez médiocre. Et alors, le bruit vésiculaire ne cesse de se faire entendre que dans une partie du côté affecté; et c'est à la région postérieure inférieure, comme de juste, — ai-je besoin de le dire? — qu'il commence à faire défaut, là même où commence à se manifester la matité thoracique (E.). Quelquefois même après quelques jours de maladie, il s'entend dans tous les points où la matité, à ce qu'il semble, ne laissait guère lieu d'espérer qu'on pût le rencontrer et l'entendre encore. Seulement il est beaucoup plus faible que du côté sain. Faut-il ajouter qu'il n'est mélangé d'aucun râle, à moins qu'il n'y ait, par exemple, une bronchite ou une pneumonie?

γ. Au fur et à mesure qu'un épanchement, d'abord léger et médiocre, va augmentant de jour en jour, le bruit vésiculaire manque dans une étendue de plus en plus considérable; il faiblit et s'évanouit peu à peu. A n'en juger que par l'impression faite sur l'ouïe, on croit d'abord, ce qui est bien la réalité, n'entendre la respiration que dans une sorte de lointain; bientôt on ne fait plus que la soupçonner, et enfin on ne l'entend plus du tout, si ce n'est vers la racine du poumon (α.).

δ. Lorsque l'épanchement se résorbe et disparaît, le bruit de la respiration reparaît aussi peu à peu et suivant des progrès successifs qui correspondent exactement à la résorption de l'épanchement. Toutefois, si l'épanchement a été très considérable et qu'il ait duré plusieurs mois, seulement même plusieurs semaines, si, en d'autres termes, le poumon

a été soumis à une compression et trop forte et trop longue, le bruit vésiculaire court risque de ne jamais recouvrer son intensité naturelle; souvent, plus d'un an après la convalescence, comme j'ai eu l'occasion de m'en assurer chez quelques individus, il a une intensité de moitié moindre dans le côté affecté que dans le côté sain. A quoi cela tient-il ? Dans mon opinion, basée et sur des considérations physiques et sur les investigations nécroscopiques, cette diminution du bruit vésiculaire tient uniquement, ainsi que la permanence de la matité thoracique (E.), à l'état de compacité extraordinaire où, comme va nous l'apprendre l'anatomie pathologique (587. A. €.), le parenchyme pulmonaire se trouve réduit par suite d'un refoulement longtemps prolongé, et non pas, comme tant de gens le répètent, à l'interposition de pseudo-membranes, interposition, assurément, aussi insignifiante, aussi peu faite pour altérer notablement les phénomènes de percussion et d'auscultation que l'est celle d'une pièce d'habillement, — d'une pièce de toile ou de flanelle, par exemple, — sous la main qui percute, et sous l'oreille qui ausculte.

G. *Respiration bronchique* (46. F. γ.) : symptôme, non pas constant, mais très fréquent en cas d'épanchement pleurétique, quoi qu'on en ait dit; se présentant, selon les cas, dans ses divers degrés d'intensité, sous toutes ses formes, même sous la forme de souffle tubaire, qui, comme on sait, en est le maximum; se faisant entendre là même où il y a matité à la percussion, ou bien, encore, dans le voisinage de cette matité, — et cela, sans doute, toutes les fois que l'épanchement est médiocre, mais cependant suffisant pour comprimer le poumon du malade jusqu'à y oblitérer, dans une certaine étendue, la respiration vésiculaire, jusqu'à ne point permettre que, là, l'air aille au-delà des gros rameaux bronchiques. En vérité, je ne puis m'expliquer comment certains médecins se sont crus en droit de contredire et de nier un fait d'observation aussi commune, j'allais dire aussi banale, que la respiration bronchique des pleurétiques. Avec Laënnec, avec MM. Andral, Chomel, Hirtz, Grisolle, et tant d'autres observateurs que je ne saurais compter, je puis et je dois, moi aussi, attester la réalité du fait sur la foi de ma propre expérience, de mon expérience en cela déjà grande et vieille, eu égard à la fréquence des pleurésies. Tout récemment encore, l'un des membres les plus distingués de la médecine militaire, M. Michel Lévy, apportait son témoignage à l'appui du même fait (*Gaz. méd.*, année 1843, p. 31). De même que la respiration bronchique se montre dans le commencement de la pleurésie, de même aussi, lorsque l'épanchement, après avoir été considérable et avoir produit la cessation totale et absolue du bruit respiratoire dans le côté affecté, vient enfin à diminuer par l'effet de l'absorption, la respiration bronchique ne manque

pas de reparaître alors (*respiration bronchique de retour*). Voici, au reste, l'ordre successif suivant lequel, en général, la respiration bronchique, sinon toujours respiration tubaire, du moins respiration rude, reparaît dans les diverses parties du côté affecté, et y précède la réapparition de la respiration naturelle ou vésiculaire : d'abord, vers la racine du poumon, là même où le bruit respiratoire n'avait jamais cessé entièrement de se faire entendre (F.), ce bruit reprend une intensité plus grande, un timbre décidément tubaire; bientôt la respiration, tubaire ou rude, recommence à se faire entendre dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse; puis, on l'entend sous toute l'étendue de l'omoplate, et enfin elle reparaît progressivement dans la partie latérale et le bas de la poitrine. Si cet ordre successif n'est pas une loi universelle et infaillible, si quelquefois on rencontre des cas exceptionnels, la raison en est dans l'existence d'adhérences anciennes entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale : en tout cas, la partie où une adhérence un peu étendue a lieu laisse toujours entendre plus ou moins la respiration, au plus fort même de l'épanchement; et c'est toujours là,—comme aussi dans la région supérieure du thorax qui n'aura été que peu ou point atteinte, en règle générale du moins, par l'épanchement, — que la respiration commencera à se faire entendre avec plus de force à la période de la résorption.

H. *Bronchophonie* (46. F. γ.) : se présentant, comme de raison, dans tous les cas de pleurésie où existe la respiration bronchique, dont elle est l'alliée inséparable; obéissant aux mêmes lois, aux mêmes conditions d'existence, de siége, d'apparition, de disparition et de réapparition.

I. *Égophonie* (46. F. γ.) : symptôme dont l'existence n'est pas constante, mais qui, lorsqu'il existe, est des plus caractéristisques, j'allais dire pathognomonique, et indique infailliblement un épanchement pleurétique de médiocre quantité. Je ne dois pas répéter ce que j'en ai dit en *Pathologie générale*, dans le passage auquel je renvoie mes lecteurs. Mais ajoutons, ici, que l'égophonie paraît vers l'époque où l'épanchement commence à devenir un peu notable, où la matité thoracique se prononce, et le bruit vésiculaire se trouve affaibli; qu'elle peut persister pendant plusieurs mois, quand l'épanchement reste médiocre; qu'elle disparaît, quand il devient très abondant; qu'elle reparaît de nouveau (*égophonie de retour*, Laënn.), quand il commence à diminuer; et que, lorsqu'il est réduit à très peu de chose, elle disparaît enfin irrévocablement. Disons encore qu'elle indique, sans aucun doute, la partie supérieure de l'épanchement, ou celle qui a le moins d'épaisseur; que, dans les points où elle a lieu, souvent aussi existe le phénomène de la respiration bronchique, et qu'alors, par conséquent, elle est jointe à une bronchophonie plus ou moins marquée; enfin, que lorsqu'elle se manifeste dans toute

ou presque toute l'étendue d'un côté de la poitrine, l'épanchement réunit une double condition, celle d'être en quantité médiocre et d'être uniformément répandu sur toute la surface du poumon. Dans ce dernier cas, on entend encore presque partout un reste de bruit vésiculaire, parce que la couche liquide ne comprime pas assez le poumon pour empêcher l'air d'y pénétrer : et si les choses restent en cet état pendant toute la durée de la maladie, il y a lieu, suivant Laënnec (t. II, p. 141), d'affirmer que le poumon est maintenu à peu de distance des côtes par des adhérences anciennement formées çà et là. La seule circonstance qui puisse faire manquer parfois l'égophonie à la période initiale de l'épanchement pleurétique, c'est l'existence d'adhérences anciennes qui unissent une grande partie de la surface pulmonaire à la plèvre costale. Quant à l'égophonie de retour, elle ne manque jamais dans le cas où la maladie marche rapidement, et elle est alors d'autant plus marquée que la résorption de l'épanchement a moins tardé de se faire : mais dans les pleurésies chroniques, et dans les pleurésies aiguës dont l'épanchement se résorbe très lentement, elle est beaucoup moins sensible et quelquefois nulle, à raison, sans doute, de la forte compression et du complet aplatissement qu'ont subi les rameaux bronchiques, à raison de la perte de ressort qui s'ensuit, de la difficulté que l'air éprouve à s'introduire dans les canaux comme auparavant, et du peu de retentissement qu'il est permis à la voix d'y présenter.

J. *Respiration puérile* (46. F. γ.), *dans le côté sain :* phénomène des plus ordinaires, et qui se produit là, à titre de respiration supplémentaire, pour peu que, dans le côté affecté, l'épanchement soit abondant et refoule le poumon de manière à diminuer considérablement l'espace ouvert à l'accès de l'air. A combien plus forte raison encore, si un poumon se trouve tellement aplati que la respiration ne s'y fasse plus du tout !

K. *Dilatation thoracique :* symptôme beaucoup moins sensible, moins constant et d'une valeur séméiologique moins sûre que les phénomènes de percussion et d'auscultation, mais qui ne laisse pas cependant que d'être assez souvent bon et utile à prendre en considération. Si on fait déshabiller une personne attaquée de pleurésie avec épanchement abondant, on reconnaît au premier coup d'œil, dans bon nombre de cas, que le côté malade est dilaté, que les espaces intercostaux sont plus larges et plus bombés que dans le côté sain. Et cela se remarque dans les épanchemens même récens. Laënnec (t. II, p 139) assure avoir trouvé *souvent* la dilatation très marquée après deux jours de maladie. Cette dilatation est assurément bien plus tranchée sur les sujets maigres que sur ceux qui ont beaucoup d'embonpoint; elle l'est fort peu sur les femmes dont les mamelles sont volumineuses. Si, à l'aide d'un ruban, on mesure

avec soin les deux côtés du thorax, à des hauteurs exactement correspondantes, on constate positivement, mathématiquement, que le contour du côté affecté a plus de longueur que celui du côté sain. Mais, il faut le dire, la différence n'est pas réellement aussi grande qu'elle le paraît à l'œil; une différence d'un ou deux centimètres suffit, en effet, à paraître, à la seule inspection de la poitrine, une sorte d'énormité. A mesure que l'épanchement diminue, la dilatation thoracique disparaît insensiblement; et quelquefois même après la guérison, le côté affecté devient plus étroit qu'il ne l'était avant la maladie, ainsi que nous le verrons tout-à-l'heure (593).

L. *Défaut de vibration de la paroi thoracique, lors de l'exercice des fonctions vocales :* défaut plus ou moins complet, qu'il est très aisé de constater, en appliquant la main contre la poitrine du malade, au moment même que celui-ci crie, chante ou parle à haute voix; et, toutes les fois que ce défaut de vibration n'a lieu que d'un seul côté, c'est un signe certain qu'il y a là un épanchement plus ou moins abondant. L'exploration de ce signe ne nécessite pas du tout que le malade soit assis ni déshabillé. L'appréciation du plus ou moins de différence que présentent, sous ce rapport, les deux côtés de la poitrine, peut faire reconnaître la médiocrité ou l'abondance de l'épanchement du côté affecté; et une appréciation analogue, faite à diverses hauteurs dans ce côté-là même, permet souvent de déterminer le niveau jusqu'où s'élève l'épanchement.

M. *Frottement pleural* (46. F. γ.) : symptôme dont l'observation est une rencontre rare, — relativement rare, cela s'entend, — eu égard à l'extrême fréquence de la pleurésie. En effet, de la façon dont on procède communément, — presque toujours, pourrai-je dire, — à l'investigation des signes stéthoscopiques, le frottement pleural, en tant que signe de pleurésie aiguë, ne peut guère s'offrir à l'observateur que lorsque la pleurésie est, pour ainsi parler, à l'état naissant,—lorsque, dans les premiers instans de l'éréthisme inflammatoire, la surface séreuse, suivant la même loi que nous avons reconnue et proclamée relativement à l'action sécrétoire des muqueuses enflammées (299. I.), se trouve sèche, au lieu d'être lubrifiée et glissante, — lorsque, en un mot, la cessation de la sécrétion naturelle prélude à la supersécrétion qui constitue un des caractères anatomiques les plus essentiels des phlegmasies séreuses (304. D.). Mais cette phase de l'inflammation est courte, très courte et, avant même que le médecin soit appelé, une couche de sérosité ne tarde guère de s'interposer entre le feuillet costal et le feuillet pulmonaire de la plèvre, et de mettre fin aux frottemens réciproques des points enflammés de ces feuillets, du moins dans l'immense majorité des cas, et hormis, bien entendu, la pleurésie sèche, cette variété, sinon absolument imaginaire et chimérique, tout au moins, certes, excessivement rare. Toute-

fois, il faut le dire, lors même que l'épanchement est déjà formé, mais seulement en quantité médiocre, on peut encore, en faisant coucher le malade sur le ventre, en déterminant ainsi le déplacement du liquide épanché, que la loi de la pesanteur attire alors dans la partie antérieure de la poitrine, on peut, dis-je, dans quelques cas retrouver le frottement pleural dans l'auscultation de la région dorsale : bien entendu, au surplus, que maintes circonstances anatomiques, faciles à deviner, s'opposent à ce qu'on réussisse chez tous les malades à obtenir ce phénomène. Terminons maintenant en remarquant que chez quelques individus, le frottement pleural se fait entendre, non plus à titre de symptôme, mais à titre de phénomène consécutif de la maladie ; qu'il se fait entendre après la résorption de l'épanchement, et pendant un temps plus ou moins long.

N. *Abaissement du foie* : phénomène assez facile à apprécier, en palpant méthodiquement l'abdomen le long du rebord des fausses côtes, dont, en pareille occurrence, le niveau est dépassé d'un ou plusieurs travers de doigt par le viscère ; conséquence physique et signe d'un épanchement pleurétique droit excessivement abondant, à raison de la distension qu'éprouve la cavité pleurale dans le sens de son axe longitudinal, comme dans ses autres dimensions. On conçoit très bien, aussi, que la rate puisse être pareillement abaissée par un épanchement pleurétique du côté gauche ; mais, pour que l'abaissement de la rate dans une circonstance semblable soit un phénomène sensible, un événement incontestable, en un mot, un symptôme, il faut que déjà, antérieurement à la pleurésie, cet organe soit plus volumineux que dans l'état normal, ce qui est une condition sans doute très peu rare à rencontrer isolément, mais dont la coïncidence avec un épanchement pleurétique gauche excessivement abondant ne laisse pas que d'être, au contraire, un cas assez rare.

LUBANSKI. *Recherches pratiques sur les déplacemens du foie.* (Dans le *Journ. de médecine de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., juillet 1843, p. 201 et suiv.)

O. *Symptômes généraux :* existent ordinairement dans la pleurésie aiguë, surtout à la période d'invasion, — souvent même, peut-être, à titre de période prodromique ; varient à l'infini en combinaisons de toute sorte.

α. Le plus communément la pleurésie se montre avec cet ensemble de symptômes généraux qui constitue une fièvre franchement inflammatoire (280. D.), une fièvre hypersthénique. Le sang, dans ce cas, est, en général, tellement surchargé de fibrine et présente, par conséquent, une couenne tellement épaisse, que les auteurs ont pris, avec raison,

le sang des pleurétiques comme le type du sang propre aux maladies purement et franchement inflammatoires.

β. Quelquefois, la pleurésie aiguë, en outre de ses symptômes propres, de ses symptômes locaux, entraîne principalement avec elle, et avec la fièvre qui l'accompagne, des symptômes d'embarras gastrique, des symptômes vulgairement dits bilieux, et où peut-être, en effet, la bile a plus de part qu'il ne plaît à la science d'aujourd'hui de le reconnaître. Amertume de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, nausées, vomissemens de nature biliaire, teinte tant soit peu ictérique du visage, et surtout du blanc des yeux, etc. Voilà ce que Pinel lui-même, ce grand ennemi de l'humorisme, ce médecin peu passionné, assurément, pour la polycholie de Stoll, ne se faisait pas scrupule de nommer une *pleurésie bilieuse.* (*Nosogr. philos.*, t. II, p. 407. — *Médecine clinique*, p. 232.) Ni nous non plus, à coup sûr, avec notre respect pour les traditions en fait de nomenclature, nous ne répudierons pas ce nom; nous n'hésiterons pas à l'admettre, dans le sens qui vient d'être expliqué ici une fois pour toutes, et à l'employer ainsi, au besoin, plutôt qu'une longue périphrase.

γ. D'autres fois, la pleurésie dès son début, ou peu après, a pour triste accompagnement un état général d'asthénie plus ou moins évidente (114. C. β.) : c'est là ce qu'on peut fort bien appeler, avec certains auteurs de notre siècle, la *pleurésie adynamique* ou *asthénique*. Mais, il faut le savoir aussi, c'est là ce qui a souvent porté le nom de *pleurésie bilieuse* chez les anciens, qui attribuaient généralement à l'influence d'une bile plus ou moins âcre, plus ou moins altérée, les affections dites, sous d'autres points de vue, affections putrides, adynamiques, typhoïdes, etc. : il faut le savoir, disons-nous, — afin de ne pas invoquer à tort et à travers, et au milieu des ténèbres d'une vaine logomachie, l'autorité des anciens pour une proscription absolue des évacuations sanguines dans les pleurésies bilieuses ou soi-disant telles, point de thérapeutique sur lequel je dois revenir tout-à-l'heure (591.). Quoi qu'il en soit, la pleurésie aiguë ne revêt guère la forme asthénique que chez les sujets les plus débiles, les vieillards caducs et décrépits, les corps ruinés par des excès quelconques, ou par des maladies, comme la syphilis, la goutte, le scorbut, le cancer, etc.

586. *Marche et terminaisons.* — A. Le plus souvent, l'appareil fébrile de la pleurésie aiguë ne dure que peu de jours, surtout quand les émissions sanguines sont promptement mises à profit. Une fois que la fièvre est tombée et que le point de côté a disparu, le malade, sentant son appétit et ses forces renaître, est toujours tenté de se croire complétement guéri, encore bien même qu'il conserve un épanchement plus ou moins abondant. Le médecin pourrait même partager cette

erreur, s'il n'explorait pas la poitrine par voie de percussion et d'auscultation. Même à l'égard des pleurésies aiguës les plus légères et où l'orgasme inflammatoire est le plus prompt à céder, on doit poser en principe, sauf rares exceptions, qu'il faut un mois, tout au moins, pour la résorption totale d'un épanchement tant soit peu abondant, et la conversion des pseudo-membranes en tissu cellulaire, en un mot, pour la résolution complète de la maladie. Souvent il faut encore plus de temps que cela. Et tant que l'épanchement subsiste, la moindre erreur de régime suffit quelquefois pour redonner de la fréquence au pouls, rallumer la fièvre, retarder la résorption, exciter même un retour de sécrétion pathologique, et faire passer la maladie à l'état chronique.

B. En somme, la pleurésie aiguë se termine souvent par la guérison au bout de quelques septénaires; souvent aussi elle tend essentiellement et finit par passer à l'état chronique dans toute la force du terme, à l'état chronique, dont, au surplus, elle prend déjà les allures après quelques jours de maladie : rarement, très rarement elle mène à la mort, ce qui, en effet, ne peut guère arriver que dans les cas où elle est double et dans ceux où elle se montre avec la forme asthénique (585. O. γ.); et encore est-il vrai de dire qu'en pareil cas, généralement, elle survient bien moins à titre de coup mortel qu'à titre d'épiphénomène, qu'à titre d'accessoire ultime, dans le funeste dénouement du drame morbide.

587. *Anatomie pathologique.* — A. Posons d'abord le type ordinaire des altérations anatomiques qui, en cas de pleurésie aiguë, viennent à s'accomplir à l'intérieur de la poitrine.

α. Hyperémie du tissu séreux; pseudo-membranes plus ou moins consistantes, dont l'épaisseur varie communément de un à cinq millim., et qui revêtent en forme de nappe tout ou partie du feuillet pulmonaire ou du feuillet costal de la plèvre, ou l'un et l'autre feuillet à la fois; épanchement séreux ou séro-purulent, plus ou moins abondant, mais dont la quantité n'est point du tout en rapport constant avec les proportions mêmes de l'exsudation pseudo-membraneuse. Voilà, pour l'état de la plèvre, le tout en conformité parfaite, comme de raison, avec les lois générales de l'inflammation des membranes séreuses (304. B. D. E.).

6. Quant au poumon, — toutes les fois qu'on n'a affaire qu'à une simple pleurésie, — il ne présente dans son parenchyme aucune trace d'inflammation, même sous les points où le feuillet pleural est le plus violemment enflammé. Seulement, à raison de la compression exercée par l'épanchement, ce parenchyme devient plus dense et moins crépitant que dans l'état naturel. En cas d'un épanchement très considérable, le poumon s'aplatit jusqu'à devenir à peu près exsangue, jusqu'à ne plus contenir d'air du tout, et, par conséquent, à ne plus crépiter sous la main qui le presse; les rameaux bronchiques, et quelquefois même

les plus gros, se trouvent eux-mêmes aplatis ; mais au fond, la texture du viscère demeure ce qu'elle était ; et, si l'on insuffle de l'air dans les bronches, on voit le poumon se gonfler et reprendre plus ou moins complétement son volume et sa forme. En général, c'est contre la colonne vertébrale et le médiastin postérieur que le poumon se trouve refoulé et aplati tout d'une pièce ; mais dans certains cas, en raison d'adhérences entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, le refoulement du poumon peut avoir lieu d'une façon très irrégulière et présenter les variétés de forme les plus bizarres.

B. Y a-t-il des *pleurésies sèches,* c'est-à-dire sans supersécrétion séreuse, sans épanchement? Non, répondrons-nous, non, encore une fois non, si l'on voulait entendre dans un sens absolu le défaut de sécrétion séreuse ; car rien ne nous autorise à admettre une exception si exorbitante à la loi générale qui régit les inflammations du tissu séreux (304. D.). Mais pourquoi donc, dans certains cas, ne pourrait-il pas se faire que la supersécrétion de sérosité se bornât à très peu de chose, à si peu que rien, comme on dit? Le fait est démontré et incontestablement acquis à la science, en ce qui concerne maints et maints cas de pleuro-pneumonies dans lesquelles on trouve, sur la portion enflammée du poumon, le feuillet pleural enduit, dans une étendue plus ou moins grande, d'une exsudation pseudo-membraneuse, et en voie d'adhérence avec les points correspondans de la paroi thoracique, sans qu'on ait pu obtenir, du vivant des malades, en les examinant minutieusement jour par jour, aucun signe d'épanchement. Le fait est pareillement démontré et acquis à la science en ce qui concerne ces petites pleurésies, ou plutôt ces points pleurétiques, ordinairement légers et fugaces, que, chez les sujets atteints de tuberculisation pulmonaire, on voit survenir si fréquemment, et qui sont là, à n'en pas douter, l'origine des adhérences intimes du poumon avec les parois du thorax. Voilà les pleurésies sèches que Laënnec reconnaissait, les seules qu'il reconnaissait volontiers, attendu, disait-il, que la sérosité produite par l'orgasme inflammatoire devait être, en pareil cas, absorbée immédiatement, à raison de l'impossibilité où elle était de refouler le poumon durci par l'hépatisation ou la tuberculisation, et de la compression à laquelle, par conséquent, elle était elle-même soumise. Sans vouloir ici ni accepter ni répudier la légitimité de l'explication de Laënnec pour les cas de pleurésie sèche que je viens de signaler, je demanderai seulement pourquoi on se croirait fondé à nier qu'il pût y en avoir d'autres cas. En vérité, quoi de plus naturel à prévoir qu'un cas de simple et franche pleurésie, sans hépatisation ni tuberculisation du poumon, sans adhérences déjà existantes, et dans lequel, soit médiocrité essentielle et intrinsèque du travail secrétoire, soit encore résorption de la sérosité à fur et mesure, il n'y ait pas formation d'un épanchement

sensible, d'un épanchement appréciable par voie de percussion et d'auscultation ? Non, quoi qu'en ait dit Laënnec, cela n'est pas impossible. Cela doit exister; cela existe quelquefois.

C. Une variété anatomique dont l'existence est hors de toute contestation, c'est le cas où l'épanchement pleurétique se trouve plus ou moins teint de sang, et quelquefois même contient des caillots (*pleurésie hémorragique*). Cette variété, au surplus, sachons-le bien, n'a rien qui lui soit propre en fait de symptomatologie, rien qui permette de la distinguer sur le vivant. Quelquefois, mais rarement, le liquide épanché paraît être plutôt du sang pur qu'un mélange de sang et de sérosité; citons en exemple, entre autres, un cas rapporté dans la *Clinique médicale* de M. Andral (*loc. cit.*, observ. XV) : évidemment, en semblable circonstance, l'hémorragie n'est plus un simple épiphénomène, mais un élément important, une complication grave de la maladie, si tant est même qu'il y ait encore là une pleurésie, et non pas uniquement une hémorragie pleurale.

D. D'autresfois, l'autopsie constate une *pleurésie tuberculeuse* (304. I.), cas assez rare, il est vrai, lorsque la maladie a suivi une marche aiguë. Les tubercules se trouvent déposés en plus ou moins grand nombre, soit à la surface intérieure ou extérieure de la plèvre, soit dans l'épaisseur même des pseudo-membranes.

588. *Etiologie.* — (287.) — A. Il est à propos de remarquer que la pleurésie, bien plus que la méningite et la péritonite, est sujette à se développer sous l'influence de la fièvre rhumatismale, à manifester la loi, ci-dessus signalée, de sympathie et, pour ainsi dire, de solidarité pathologique entre les membranes séreuses et les synoviales (563. E.). Notons que, fréquemment, la *pleurésie rhumatismale* survient d'une façon latente et insidieuse, et ne commence à causer un malaise sensible que lorsque l'épanchement est déjà très considérable. Aussi bien est-ce une règle pour un praticien qui ne veut pas être pris au dépourvu, et qui tient, comme de juste, à combattre et à faire avorter dès le principe un tel accident, que de procéder tous les trois ou quatre jours, chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, à un examen du thorax par voie de percussion et d'auscultation.

B. Entre toutes les causes occasionnelles banales, le refroidissement du corps est celle qui paraît avoir le plus de part à la production des pleurésies.

C. Comme causes déterminantes, signalons ici principalement : 1° les causes traumatiques, comme les plaies pénétrantes, ou toute espèce de coups portés sur la poitrine, même sans fracture des côtes, et, à plus forte raison, lorsqu'il y a fracture de ces os ou des cartilages costaux; 2° certains maux contigus à la plèvre, — comme la carie des côtes, — comme la pneumonie proprement dite, ou pneumonie franche, d'où la pleuro-

pneumonie,—comme ces petits foyers d'inflammation pulmonaire qui se forment autour des tubercules, même encore à l'état cru, d'où ces pleurésies partielles qui se succèdent à plusieurs reprises chez les sujets pulmoniques (587. B.) ; 3° enfin, les perforations de la plèvre pulmonaire par suite d'un ramollissement tuberculeux.

589. *Diagnostic.* – Grâce à la percussion et à l'auscultation, la pleurésie est, entre toutes les phlegmasies des membranes séreuses, la plus manifestement reconnaissable sur le vivant même. Avec ces précieux moyens d'investigation, on ne la devine pas, on la constate physiquement; on la voit, pour ainsi parler, dans l'intérieur de la poitrine. Du moins cela est-il vrai, parfaitement vrai relativement à l'immense majorité des cas, et hormis quelques cas exceptionnels dans lesquels la pleurésie est sèche ou bien circonscrite d'une façon plus ou moins bizarre par des adhérences de la plèvre costale avec la plèvre pulmonaire. Lorsqu'elle est sèche, on peut toutefois la diagnostiquer avec plus ou moins de vraisemblance d'après certaines circonstances,—d'après la violence de l'appareil fébrile hors de proportion avec l'intensité médiocre de la douleur de côté, et, par conséquent, en désaccord avec la supposition que cette douleur ne serait qu'une pleurodynie,— d'après la couenne du sang, ou mieux d'après l'examen analytique de ce liquide et la constatation positive d'un excès de fibrine, — etc. Pour ce qui est des pleurésies à épanchement circonscrit, je ne dois pas anticiper sur le paragraphe que j'ai déjà annoncé, et où j'ai promis de les considérer à part (§ III.). Somme toute, encore une fois, grâce au génie d'Avenbrugger et de Laënnec, le diagnostic de la pleurésie est, pour un clinicien tant soit peu expérimenté, un problème des plus faciles, des moins épineux. Et ces pleurésies latentes, encore ainsi nommées d'après la tradition, d'après le langage de nos devanciers, aux yeux de qui, en effet, elles passaient inaperçues sur le vivant, ou bien, selon l'aspect bénin ou menaçant des symptômes, passaient pour être, ici des rhumes, des catarrhes, là des phthisies ; ces pleurésies latentes, dis-je, ne le sont plus, ne peuvent plus l'être que très exceptionnellement, du moins dans le sens propre, et dans toute la rigueur d'une telle qualification.

590. *Pronostic.* — Peu grave, en général, lorsque la pleurésie aiguë n'existe que d'un seul côté, sans complication de quelque autre maladie, et chez un sujet bien constitué, et que là elle est reconnue et combattue à temps, bien et dûment surveillée et ménagée, grâce à la docilité du malade, jusqu'à complète résorption de l'épanchement. Il n'en est pas de même, assurément, lorsque la pleurésie est double, lorsqu'elle se présente, fût-elle simple, sous la forme asthénique (585. O. γ.), et aussi lorsque le malade, trompé par le caractère latent, par la nature indolente de sa maladie, secoue le joug de la médecine, et, dans une

fausse sécurité, veut mener une vie de plaisirs ou de travail, comme si de rien n'était. Toutes choses égales d'ailleurs, le cas est d'autant plus grave que l'épanchement offre une abondance subite, c'est-à-dire d'autant plus qu'à l'auscultation on constate une cessation aussi subite qu'absolue du bruit respiratoire dans tout un côté de la poitrine. Que serait-ce donc, à plus forte raison, si, par hasard, la respiration disparaissait ainsi dans les deux côtés à la fois ?

591. *Thérapeutique.* — (290.) — A. Phlébotomies et saignées locales dans le début de la maladie : les unes, eu égard surtout à la violence de l'appareil fébrile et aux conditions pléthoriques de la constitution; les autres, en proportion avec le degré et la ténacité de la douleur pongitive. La pleurésie bilieuse, telle que nous l'entendons, telle qu'il nous semble aujourd'hui raisonnable de l'admettre encore (585. O. ϵ.), ne contre-indique point du tout, à mon avis, et d'après mon expérience, l'emploi des émissions sanguines; en pareil cas, je n'ai jamais vu que la saignée, dans la mesure où l'état des forces la commande et la restreint, fût nuisible, — encore bien moins, qu'elle courût risque d'être mortelle, comme certains médecins ne sont pas loin de le prétendre, sur la foi de vieilles théories dont ils ne comprennent ni la langue ni le sens; continuons donc à suivre l'exemple de Pinel, qui, dans la *pleurésie bilieuse*, dans la pleurésie compliquée, disait-il encore, avec une *fièvre méningo-gastrique*, prescrivait la saignée avant d'en venir à l'émétique et aux purgatifs. (Pinel, *Médecine clinique*, p. 232.) Après cela, certainement, ce n'est pas nous qui, dans la pleurésie, pas plus que dans toute autre inflammation, conseillerons la saignée sans exception aucune, sans égard à telle contre-indication que ce puisse être, et nonobstant un état d'asthénie essentielle et radicale. Certainement, lorsque la pleurésie, même avec une douleur pongitive des plus aiguës et des plus violentes, ne mérite, après tout, par l'ensemble général de ses symptômes, pas d'autre nom que celui de *pleurésie asthénique* (585. O. γ.); la saignée, là, ne peut moins faire que de nuire, quelquefois même elle tue, je n'hésite pas à le dire. Et si, entre autres vieux auteurs, Bianchi, par exemple, fort de ses observations et de celles de son ami Guideti, a dû proscrire la saignée, dans certains cas de ce qu'il appelait une pleurésie bilieuse ou biliaire (voir la III[e] partie de son ***Historia hepatica***, Genève, 1725, 2 vol. in-4°, — à l'endroit intitulé : *De vario pleuritidis genere et signatim de biliosâ pleuritide.* — § XV); s'il a dû faire, à l'égard de la saignée, l'aveu que voici : « Par ce genre de secours, » dit-il, « dans la pleurésie bilieuse, même avec des signes d'acuité propres à » faire illusion à qui n'est pas bien sur ses gardes, nous avons vu, » expérience bien douloureuse, — plusieurs malades tomber incontinent » en prostration, et, au septième ou neuvième jour, disparaître du

» nombre des vivans ([1]) :» — c'est que, pour Bianchi, sous ce nom de pleurésie bilieuse, il s'agissait réellement de pleurésies, ou plutôt de pleuro-pneumonies essentiellement asthéniques, telles qu'on les voit quelquefois, par exemple, régner épidémiquement. Nul doute à cela, quand on lit d'un bout à l'autre la dissertation de cet auteur sur la maladie en question. Mais rien qu'à remarquer, dès le premier paragraphe, que, pour synonyme de pleurésie biliaire, Bianchi indique le terme de pleurésie typhoïde, c'en serait assez pour deviner la vérité.

B. Tisanes et juleps béchiques. Cataplasmes émolliens et laudanisés sur le point pleurétique, particulièrement chez les enfans.

C. Beaucoup de repos, vie sévèrement réglée, alimentation convenablement fixée et en-deçà des exigences de l'appétit plutôt qu'autrement, jusqu'à tant que l'épanchement soit complétement résorbé.

D. Dans le but d'activer la résorption de l'épanchement, une fois la fièvre tombée et l'orgasme inflammatoire apaisé, recourir à l'application d'un vésicatoire permanent sur le côté, ou bien à des vésicatoires volans réitérés tant qu'il le faut; purgations répétées, médicamentation diurétique (132. G. ρ.).

§ II. De la Pleurésie chronique.

592. *Description sommaire de la pleurésie chronique.* — A. Distinguons d'abord les deux modes principaux suivant lesquels la pleurésie chronique peut s'établir dans l'économie.

α. Tantôt c'est d'une manière *latente*, d'une manière tout-à-fait insidieuse. Et, lorsque le malade, enfin pressé par une dyspnée de plus en plus croissante ou par je ne sais quel malaise indéfinissable, sans même éprouver encore aucun sentiment précis de gêne respiratoire, se décide à consulter un médecin, déjà l'épanchement est devenu très abondant, — en règle générale, du moins, — de sorte que l'égophonie est un phénomène très rare à rencontrer dans une telle occurrence. Le point de côté ne se montre pas du tout : il y a tout au plus quelques douleurs obscures, fugaces, qui se font sentir çà et là et ne reviennent que de loin en loin. Mais la dyspnée et la toux sont des symptômes constans ; et, presque toujours, en outre, il se fait une expectoration plus ou moins considérable de crachats glaireux, quelquefois même puriformes, c'est-à-dire, en d'autres termes, que la bronchite est une complication à peu près inévitable de la pleurésie chronique. Pas n'est besoin, sans doute, de redire au lecteur tous les signes physiques (585. E.—N.) qui sont liés à

(1) Hoc namque præsidii genere in biliari pleuritide, ut ut acutæ signa incauto colluderent, plurimos repentinè prostratos, et ad septimam aut nonam è vivorum numero sublatos dolenti certè experientià perspeximus.

l'épanchement, et peuvent en donner, jusqu'à un certain point, la mesure. Enfin, par le progrès de la maladie, la fièvre hectique se développe peu à peu; les premières apparitions de l'état fébrile n'ont guère lieu que d'une façon intermittente et sous forme d'accès qui se produisent vers le soir, puis cet état finit par être continu; les fonctions digestives languissent et se font de plus en plus mal; amaigrissement; marasme.

б. Tantôt, au contraire, c'est *à la suite d'une acuité manifeste*, d'une acuité parfaitement caractérisée par le point de côté et l'appareil fébrile. Après la chute de la fièvre et la disparition de la douleur pongitive, le malade croit déjà toucher de bien près à la guérison, et se livre à une fausse sécurité. Eh bien, soit imprudence et indocilité de sa part, soit à cause de je ne sais quelles fâcheuses conditions intrinsèquement inhérentes à la maladie même, ou bien à sa constitution, il ne se rétablit pas, il continue à languir; bien plus, au bout d'un certain temps, il va plus mal, il va de mal en pis. Les signes physiques annoncent, à qui les interroge, que l'épanchement ne se résorbe pas, ou même qu'il augmente. La dyspnée, la toux, l'expectoration, contribuent de jour en jour à fatiguer, à épuiser le malade; et la fièvre hectique, enfin, se met aussi de la partie et mine petit à petit les forces de la vie.

B. Il importe ici de signaler un incident qui se présente quelquefois dans le cours de la pleurésie chronique : non pas qu'il appartienne exclusivement à l'état de chronicité, non pas qu'il soit absolument impossible, entièrement inouï dans l'état d'acuité, mais parce qu'il est incomparablement moins rare dans le premier cas que dans le second. Cet incident, c'est qu'un épanchement purulent vienne à se faire jour dans les voies bronchiques par suite de quelque perforation spontanée de la plèvre pulmonaire, et à se vider au-dehors par expectoration, soit en masse et sous forme de vomissement, soit petit à petit et à l'aide des simples efforts de la toux. Quoi qu'en aient dit certains auteurs, cette expectoration d'un pus qui provient de la cavité pleurale n'offre pas toujours une odeur alliacée. Serait-ce que, dans les cas négatifs, la cavité pleurale reste impénétrable à l'air, en vertu de quelque disposition particulière dans les conditions anatomiques de la fistule pleuro-pulmonaire ? Toujours est-il, au surplus, que l'odeur alliacée n'est pas là un signe pathognomonique; car aussi bien peut-on la rencontrer dans les crachats de la bronchite (510. C.). Quoi qu'il en soit, l'incident que je signale est un événement heureux dans une certaine proportion des cas où il a lieu. Il peut effectivement amener la guérison, alors que la nature aurait été impuissante à produire la disparition de l'épanchement par voie de résorption. Mais d'autres fois, la suppuration, ne tarissant pas dans la cavité pleurale, et ne cessant pas de faire les frais d'une expectoration plus ou moins abondante, la fièvre hectique, encore ici, conduit peu à peu le malade au tombeau.

C. Somme toute, en fait de pleurésies chroniques qui ont droit d'être réputées et qualifiées telles dans l'exacte valeur du terme, toutes et quantes fois, veux-je dire, que la maladie compte plus de soixante jours, et dépasse ainsi le maximum conventionnellement assigné à la durée d'une maladie aiguë (52), dès lors la guérison est, en vérité, une chance fort incertaine. Laënnec (t. II, p. 155) ne croyait pas qu'on pût en établir la proportion à plus de moitié des malades ; et peut-être établissait-il cette proportion trop largement. Voilà encore un point où les iatro-statisticiens n'ont qu'à se mettre à l'œuvre pour fournir une moyenne numérique plus précise et plus authentique.

D. Ceux qui meurent de pleurésie chronique ne meurent ordinairement qu'après être arrivés à la période de marasme. Assez fréquemment, toutefois, une pleurésie ou une pneumonie dans le côté jusque là resté sain, ou bien encore une anasarque, surviennent à titre de complications ultimes, et hâtent le funeste dénouement. Et, à l'égard de l'anasarque qui vient à se former en pareil cas, il est bon de remarquer qu'elle a ses commencemens dans le membre supérieur du côté affecté; et que là, et aussi dans la moitié du tronc et le membre inférieur qui appartiennent à ce même côté, elle se montre toujours plus prononcée et plus forte que dans l'autre moitié latérale de l'individu.

E. C'est particulièrement dans la pleurésie chronique que l'on rencontre, à l'autopsie, l'extrême aplatissement du poumon. Quelquefois cet organe se trouve réduit à un ou deux centimètres d'épaisseur ; à tel point que, si l'on ne savait pas bien le chercher et le découvrir sous la pseudo-membrane qui le cache, on pourrait le croire disparu et annihilé. Ce sont des cas de cette sorte qui, dans les vieux livres, se trouvent relatés à titre d'*Histoires de poumons entièrement détruits par la suppuration.*

593. *Du rétrécissement de la poitrine, comme phénomène consécutif de la pleurésie chronique.* — A. Chez les sujets qui ont survécu à une pleurésie chronique avec épanchement abondant, il est à remarquer que non seulement le côté affecté n'offre jamais ni à la percussion la même sonorité qu'auparavant, ni à l'auscultation l'intensité naturelle du bruit respiratoire (585. E. — et F. δ.), mais que, de plus, il se trouve manifestement plus étroit que le côté opposé. Si l'on mesure avec soin, à la même hauteur, le contour de l'un et l'autre côté, on trouve souvent une différence de trois centimètres et même davantage. Il y a aussi, du même côté, diminution d'étendue dans le sens de l'axe longitudinal ou vertical, les côtes sont moins espacées que de l'autre côté du thorax, et l'épaule est plus basse. Cette inégalité entre les deux côtés est si frappante qu'au premier coup d'œil on la croirait beaucoup plus considérable qu'on ne la trouve en mesurant. La colonne vertébrale conserve ordinairement sa rectitude; cependant elle contracte

quelquefois à la longue un véritable état de déviation, par suite de l'habitude que prend le malade de se pencher toujours dans le sens du côté affecté et rétréci, habitude qui donne même à sa démarche une apparence de claudication.

B. Les cas de rétrécissement très grand sont rares. Mais ceux où le rétrécissement est réel, quoique peu prononcé, quoique peu choquant à la vue, sont assez communs.

C. Une fois l'épanchement en voie de résorption, le rétrécissement de la poitrine commence, sans aucun doute, de très bonne heure, le poumon n'ayant plus, par suite d'une trop longue et trop forte compression, assez de ressort pour se dilater de manière à combler immédiatement le vide que tend à produire la diminution du liquide épanché, et pour empêcher ainsi le retrait des parois thoraciques sous la pression de l'air extérieur. Mais, dans la plupart des cas, ce rétrécissement n'est bien sensible qu'après plusieurs mois de maladie ; et quelquefois suivant Laënnec (t. II, p. 160-1), il n'atteint son dernier terme qu'au bout de deux ou trois ans, et lorsque depuis longtemps déjà l'état du malade doit être, à plus ou moins juste titre, considéré comme un état de convalescence.

D. Après que la résorption complète de l'épanchement pleurétique s'est enfin accomplie, le rétrécissement d'un côté de la poitrine est une *difformité acquise* (25), à jamais irremédiable, mais qui n'est point incompatible avec une assez bonne santé, et, chez plusieurs personnes, existe effectivement sans la moindre apparence de maladie ou d'infirmité (18 et 26). C'est là, soit dit en passant et pour rappeler une distinction posée en *Pathologie générale*, c'est là, dis-je, un état pathologique, mais qui n'est pas toujours, tant s'en faut, un état morbide.

594. *Traitement de la pleurésie chronique.* — (290). — A. Ici encore il peut y avoir en certains cas une véritable indication d'employer les saignées, et particulièrement les saignées locales, en les réitérant même, s'il le faut, de temps à autre, mais plutôt avec une sage parcimonie dans la quantité de sang à tirer chaque fois.

B. Ce qui, avec ou sans le concours des émissions sanguines, est toujours de rigueur, c'est d'insister sur la médication révulsive. Révulsifs cutanés, principalement sur le côté affecté (vésicatoires, cautères, sétons, moxas). Purgatifs. Médicamentation diurétique.

C. Enfin, lorsque au bout de plusieurs mois, et malgré le traitement le plus rationnellement institué et le plus ponctuellement suivi, la résorption de l'épanchement ne se fait pas du tout, et que cependant la constitution du sujet n'est pas encore épuisée de fond en comble et inévitablement vouée à une fin prochaine, alors il est raisonnable de tenter une dernière chance de salut, en ouvrant une issue à l'épanchement par

l'opération de l'empyème. Laënnec, quoiqu'il avouât n'avoir jamais vu cette opération réussir en pareil cas, n'en a pas moins persisté à la recommander comme une tentative des plus rationnelles, des plus propres à justifier quelquefois l'espérance des malades et du médecin (t. II, p. 217). Et, depuis lui, M. Heyfelder et M. Sédillot (581), c'est à eux surtout qu'il faut rendre cette justice, ont vraiment mis hors de doute la réelle efficacité de la susdite opération, en nous présentant, avec le plus lumineux talent d'appréciation, des exemples authentiques de guérisons complètes et solides. Dernièrement encore, un journal allemand (*Schmidt's Jahrbücher,* année 1843, n° 4) a publié l'observation d'un cas remarquable de guérison obtenu par l'opération de l'empyème. Bien entendu, au surplus, qu'il ne faut pas vider d'un seul coup et en un seul jour la cavité pleurale, mais peu à peu, soit par le moyen de plusieurs ponctions successives, soit, ce qui vaut mieux encore, par le moyen d'une canule placée à demeure dans une incision méthodique, afin de laisser au poumon comprimé le temps de revenir par une dilatation graduelle à un volume plus ou moins rapproché de son volume normal. Je renvoie nos lecteurs à la *Pathologie chirurgicale*, pour la manière de procéder à l'opération de l'empyème. Mais je ne veux pas terminer le sujet ici en question sans réparer une omission que j'ai commise dans la thérapeutique de la pleurésie aiguë, sans dire que j'aurais déjà dû, même à l'égard de celle-ci, proclamer utile et nécessaire l'opération de l'empyème, lorsque, malgré toutes les autres ressources de l'art, l'épanchement devient et reste énorme, et menace de suffoquer le malade : tout récemment, M Trousseau a communiqué à l'Académie de médecine, séance du 24 octobre 1843, l'observation d'une guérison presque inespérée qu'il a ainsi obtenue dans un cas semblable sur une jeune personne, fille d'un de nos romanciers les plus distingués (Michel Masson) : voir le mémoire original de ce médecin dans le *Journal de médecine de MM. Fouquier, Trousseau et Beau*, novembre 1843.

§ III. Quelques mots sur les Pleurésies circonscrites ou partielles. (584. A.)

595. *Pleurésie interlobaire.* — Ainsi nommons-nous la pleurésie confinée dans l'une des scissures qui séparent les lobes des poumons. Lorsque les bords de ces scissures adhèrent entre eux, de manière qu'elles soient transformées en poches isolées et qui ne laissent point le liquide que l'inflammation y produit se répandre de là librement dans le reste de la plèvre, il en résulte alors nécessairement que les surfaces jusque là contiguës des lobes pulmonaires sont écartées l'une de l'autre par l'épanchement, en sorte que le poumon, refoulé sur lui-même, semble creusé dans sa propre substance. Et, pour peu que l'épanchement

ait les apparences du pus, un observateur novice ou inattentif pourrait fort bien se méprendre, et voir là, non pas ce qui est, non pas une pleurésie, mais un abcès du poumon : c'est là, au reste, un cas assez rare, et sur lequel Bayle a le premier fixé l'attention. (*Recherches sur la phthisie pulm.*, p. 15.)

596. *Pleurésie diaphragmatique.* — Pleurésie circonscrite entre la base du poumon et le diaphragme. Tantôt l'épanchement ne se trouve retenu et emprisonné que par le fait d'une adhérence uniquement limitée au bord même du poumon. Tantôt il est réduit à ne soulever qu'une partie de la base du poumon, le reste étant adhérent.

597. *Autres variétés de pleurésies partielles.* — Les pleurésies partielles peuvent sans doute se rencontrer dans tous les points de la cavité pleurale. Notons encore expressément celles qui ont leur siége dans la partie latérale ou dans la partie postérieure-inférieure de la cavité ; là en effet, bien plus fréquemment encore qu'entre les lobes d'un poumon, ou qu'au-dessus du diaphragme, on rencontre des épanchemens circonscrits. Laënnec (t. II, p. 200) dit avoir rencontré quelquefois des pleurésies très peu étendues, et où l'épanchement n'était que d'une ou deux cuillerées, vers la partie supérieure d'un poumon adhérent partout ailleurs; il dit aussi en avoir trouvé de semblables entre la face interne du poumon et le médiastin. M. Andral a rapporté un cas de pleurésie assez étendue dans cette dernière situation, lequel cas simula jusqu'à un certain point l'existence d'une péricardite et fut véritablement par lui-même une cause de mort (*loc. cit.,* obs. XXIV).

598. *Remarques communes à toutes les pleurésies partielles.*—A. Le plus ordinairement, je l'ai dit et je le répète, c'est à l'existence d'adhérences anciennes qu'un épanchement pleurétique doit d'être circonscrit dans une partie de la cavité pleurale. Mais quelquefois aussi, il peut fort bien, sans cette condition-là, se trouver condamné à une pareille limitation, et voici comment : dans les pleurésies très légères, et particulièrement dans celles qui accompagnent une pneumonie, il arrive souvent qu'il n'y a d'exsudation pseudo-membraneuse que dans un certain espace, dans une certaine direction, sur les bords tranchans du poumon ou de ses scissures; or, par suite d'une telle exsudation, tandis que l'épanchement séreux est encore à peu près nul, l'agglutination des points correspondans de la plèvre costale et de la plèvre pulmonaire peut s'opérer de telle sorte qu'une partie de la cavité pleurale soit complétement cernée et isolée; et si, au bout de quelques jours, il survient une recrudescence d'orgasme inflammatoire et de sécrétion séreuse ou séro-purulente, il est assez naturel que ni l'inflammation ni l'épanchement n'aillent au-delà des limites tracées par l'agglutination dont je viens de parler.

B. Comme la pleurésie étendue à une plèvre tout entière, les pleurésies partielles peuvent affecter une marche aiguë ou chronique. Comme cette pleurésie-là, et même à bien plus forte raison, elles peuvent aussi être latentes.

C. Pour peu qu'un épanchement pleurétique, forcément circonscrit par des adhérences, soit abondant, il refoule très fortement la portion correspondante du parenchyme pulmonaire, puisqu'il ne peut s'étendre autrement. Il creuse, là, en quelque sorte, une cavité dans le poumon même, de manière qu'au premier aspect on serait tenté de croire que ce viscère est corrodé. Mais ce n'est là qu'une fausse apparence. Cette cavité, que remplit un liquide ordinairement puriforme, videz-la; enlevez la pseudo-membrane qui toujours la tapisse, et vous reconnaîtrez que le poumon est simplement refoulé, et que la plèvre même est intacte.

D. Les pleurésies partielles, en tant qu'elles existent seules et sans complication, sont, en général, un cas peu grave. La preuve en est qu'il est très rare de rencontrer ce cas dans les investigations nécroscopiques, tandis qu'il ne l'est pas du tout de rencontrer les vestiges anatomiques de la guérison de semblables pleurésies : on trouve, en effet, sur maints et maints cadavres, des adhérences anciennes qui unissent soit le diaphragme au poumon, soit les lobes de cet organe entre eux, ou bien sa face interne au médiastin, le reste de la plèvre étant parfaitement libre. Quelquefois, cependant, une pleurésie partielle peut offrir un haut degré de gravité, voire même entraîner la mort, à raison, surtout, de l'excessive quantité de l'épanchement.

E. Les épanchemens pleurétiques circonscrits sont généralement assez faciles à reconnaître, pour peu qu'ils occupent une certaine étendue. Ce qui sert à les déceler, c'est la matité thoracique, c'est l'absence du bruit respiratoire, la respiration bronchique, et surtout c'est l'égophonie. Laënnec (t. II, p. 202) assure avoir observé ce dernier signe très distinctement dans des cas où l'épanchement partiel n'était que de quelques *onces* de liquide. M. Andral l'a rencontré à la partie antérieure de la poitrine, dans un cas où un épanchement assez considérable se trouvait renfermé entre le diaphragme, la base du poumon et le médiastin, de manière que le poumon était repoussé en arrière (*loc. cit.*, — obs. XXXII). Toutefois, quand l'égophonie n'existe pas et qu'il n'y a pas eu, au début de la maladie, un point de côté, il n'est guère facile, en vérité, de diagnostiquer sûrement un épanchement pleurétique partiel,—de le distinguer, par exemple, d'avec une tumeur squirrheuse, ou autre, développée dans le tissu pulmonaire ou dans la plèvre.

ARTICLE XXXIV.

PÉRICARDITE.

(Modern., — de Περικάρδιον, péricarde.)

(Voir nos 303-4.)

599. *Bibliographie.* — SÉNAC. — (*Traité des maladies du cœur.* Paris, 1778, 2 vol. in-12.) Voir t. Ier, chap. II et IV.

CORVISART. — (*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.* Première édition, Paris, 1806, in-8°: avec le nom de Horeau, comme rédacteur de cet ouvrage d'après les leçons cliniques de l'illustre médecin de l'Empereur. — IIe édit., 1811 ; mais le nom de Horeau n'y était déjà plus. — IIIe édit., 1818.) — Voir Ire classe, *Affections des enveloppes membraneuses du cœur*, chap. Ier.

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 21, *De la péricardite.*

LOUIS. — (*Mém. ou Recherches anatomico-path.* — Pag. 253-300.) Ve mémoire : *De la péricardite.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. III, p. 2-43.)

HOPE. — (*A treatise on the diseases of the heart and great vessels and on the affections which may be mistaken for them.* — Ire édit. Londres, 1832, in-8°. — IIIe édit., 1839.) — Part. II, chap. I, *On Pericarditis.*

BOUILLAUD. — (*Traité clin. des mal. du cœur.*) — T. Ier, p. 348-574. (De la péricardite et de ses suites.)

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XXIII, — art. *Péricarde.*) § III. *Péricardite.* — Pag. 472-89.

CHOMEL et REQUIN. — (*Leçons sur le rhumatisme.*) Voir le passage, p. 187-205, où se trouve examinée la question de la péricardite rhumatismale.

PIGEAUX. — (*Traité pratique des maladies du cœur.* Paris, 1839, in-8°.) — Pag. 124-213 (péricardite aiguë) ; — p. 214-58 (péricardite chronique).

GENDRIN. — (*Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères.* Recueillies et publiées sous ses yeux par MM. Colson et Dubreuil-Hélion. T. Ier. Paris, 1841-2, in-8°.) XVe-XXIe leçons (*Des péricardites*).

ARAN. — (*Manuel pratique des malad. du cœur et des gros vaisseaux.* Paris, 1842, in-12.) IIe partie, Ire classe, chap. I, *De la péricardite.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. Ier, p. 200-17.)

600. *Définition scolastique.* — La péricardite est une inflammation de la membrane séreuse qui tapisse intérieurement le sac fibreux du péricarde, et, de là se réfléchissant sur l'origine des gros vaisseaux, tapisse extérieurement le cœur.

601. *Synonymie.* — Cardite : dans maintes et maintes observations de nos devanciers, même sur le vu des pièces anatomiques. — *Pleuritis pericardii :* dans la *Nosologie* de Sauvages (cl. III, *Phlegmasiæ*, gen. XIII, sp. 4).

602. *Distinction capitale entre les péricardites sous le rapport de leur étendue.* — Tantôt la péricardite est *générale ;* elle envahit tout ou très grande partie du sac séreux ; et en pareil cas elle constitue toujours une maladie plus ou moins grave. Tantôt elle est *partielle*, et peut alors se trouver bornée à un très petit espace, à tel point que bien des fois elle passe inaperçue sur le vivant, non seulement sans symptômes spéciaux dans la région précordiale, mais peut-être même aussi sans aucune perturbation notable de la santé : la preuve en est dans ces *plaques blanches du péricarde*, qui sont si communément rencontrées dans les ouvertures de cadavres et y sont le vestige non moins incontestable que perpétuel d'une péricardite partielle de date plus ou moins ancienne, point sur lequel je vais revenir tout-à-l'heure dans le numéro consacré à l'anatomie pathologique.

603. *Symptomatologie.* — A. Douleur pongitive, ressentie au-dessous du sternum, ou plus rapprochée du point où l'on sent battre le cœur : jointe la plupart du temps à une grande anxiété, à une véritable *angoisse* dans toute la force du terme (46. A. 6.). Dyspnée, et très souvent dyspnée suffocante. Pouls inégal, surtout irrégulier dans son rhythme, à fréquentes intermittences; parfois vermiculaire ou formicant (46. F. δ.), dès la période initiale de la maladie. Palpitations et syncopes répétées, ou plutôt, d'ordinaire, imminence de syncope par accès plus ou moins rapprochés, quelquefois à l'occasion d'un changement de position du corps, et lorsque, par exemple, le malade se tourne dans son lit. A l'auscultation, bruit de frottement péricardiaque (46. F. ε.), mais, bien plus souvent sans comparaison, bruits de soufflet, de râpe ou de scie, qui n'ont pas, à beaucoup près, la valeur séméiologique du bruit de frottement péricardiaque. Et quand un épanchement s'est formé en quantité abondante, matité de la région précordiale à un degré et surtout dans une étendue plus considérable que ne le comporte l'état normal, — dans une étendue double, triple, et quelquefois davantage encore; voussure de cette même région; choc du cœur, très affaibli ou nul; bruits normaux de tic-tac, faibles, obscurs et comme lointains, de manière, parfois, à donner véritablement à l'oreille la sensation distincte d'une sorte de nage du cœur dans un liquide

interposé. En certains cas, très rares d'ailleurs, où l'épanchement est excessivement abondant et dilate énormément le péricarde au-devant du poumon refoulé, égophonie parfaitement prononcée comme dans un cas d'épanchement pleural. Voilà, en fait de troubles fonctionnels, en fait d'auscultation, en fait d'habitude extérieure et de percussion, les symptômes plus ou moins caractéristiques que la péricardite peut produire. Bien entendu que tous ces symptômes ne se rencontrent pas réunis en même temps sur un seul et même sujet. Il y en a dont la coexistence est impossible : ainsi, par exemple, le frottement péricardiaque implique contradiction avec les phénomènes de percussion et d'auscultation qui se lient à un épanchement très abondant du péricarde.

B. Bien des fois, lors même que la péricardite est générale, qu'elle est grave et très grave, et qu'elle tend à une terminaison mortelle, elle peut être latente (304. C.), ne se développer et ne s'aggraver que d'une façon sourde, obscure, insidieuse, et ne produire de perturbations fonctionnelles manifestement alarmantes qu'au dernier moment et quand il n'est plus temps d'y porter remède.

C. Pour peu que la péricardite ait une certaine étendue, pour peu, surtout, que les symptômes locaux aient un certain degré de gravité, il y a, en règle générale du moins, un appareil fébrile, un cortége plus ou moins considérable de symptômes généraux (280. D.).

D. Un symptôme qu'il importe de noter, et qui le plus ordinairement ne survient qu'à la longue, mais qui, parfois aussi, se déclare peu après l'invasion d'une péricardite intense, c'est d'abord l'œdème des extrémités inférieures, puis l'anasarque universelle.

E. Il va sans dire que la péricardite peut avoir une marche aiguë ou chronique. Quelquefois, par exemple, elle est suraiguë, et se montre capable d'emporter le malade en quelques jours : d'autres fois, au contraire, on ne la voit aboutir à une issue funeste ou favorable qu'après un an, dix-huit mois et même deux ans.

F. En fin de compte, les terminaisons de la péricardite aiguë ou chronique peuvent être : 1° la mort; 2° une entière et parfaite guérison, après laquelle les mouvemens du cœur et les battemens du pouls ne gardent rien, absolument rien d'anomal; 3° une guérison imparfaite, c'est-à-dire avec des adhérences qui, après la cessation des phénomènes inflammatoires et la résorption de l'épanchement, ne laissent pas que de gêner plus ou moins notablement les mouvemens du cœur, de produire une certaine perturbation de la circulation et de la respiration, et de constituer par là une sorte d'infirmité, surtout chez les individus qui se livrent habituellement à de pénibles efforts, à de rudes exercices. Car, contrairement à l'opinion de Laënnec et de Bouillaud, mais avec Sénac, Corvisart et bien d'autres observateurs, je me crois, d'après les faits

qui se sont présentés à ma propre observation, autorisé à considérer les adhérences du péricarde comme parfaitement capables de causer par elles-mêmes un état morbide, et surtout, comme ayant le fâcheux privilége de contribuer singulièrement à la production d'une hypertrophie excentrique ou, autrement dit, anévrismatique du cœur.

604. *Anatomie pathologique.* — (304. B. D. E. F. G. I.) — A. L'épanchement produit par la péricardite, épanchement d'ordinaire entièrement séreux et limpide, ou à peine mélangé de quelques flocons pseudo-membraneux, plus rarement purulent et tout-à-fait trouble, présente, comme on doit bien le prévoir, de grandes différences, selon les cas, sous le rapport de sa quantité; et notons d'ailleurs, que dans la péricardite partielle, lorsque la rougeur hyperémique et l'exsudation pseudo-membraneuse occupent un très petit espace, il peut être aussi considérable que dans la péricardite générale. Il n'est pas rare qu'il s'élève à plus d'un demi-litre. Corvisart a trouvé, dans un cas, près de deux litres de sérosité (quatre *livres*, ainsi qu'il disait, dans l'ancien style des poids et mesures). Mais bien des fois, d'autre part, l'épanchement est en quantité inférieure ou à peine égale au volume de l'exsudation pseudo-membraneuse qui tapisse la surface intérieure de la membrane séreuse. Parfois, même, à l'autopsie de certaines péricardites qui ont offert une forme symptomatique des plus intenses, on ne trouve point de sérosité, mais seulement une exsudation pseudo-membraneuse, plus ou moins épaisse, plus ou moins concrète, qui remplit toute la cavité du péricarde et unit le cœur et les gros vaisseaux au feuillet séro-fibreux de cette sorte de sac viscéral, soit qu'en pareil cas l'exhalation séreuse ait été réellement nulle, soit peut-être plutôt que la sérosité, exhalée au début de la maladie avec plus ou moins d'abondance, ait été promptement résorbée, et par là ait laissé s'opérer la contiguïté, et, par suite, la fusion des couches pseudo-membraneuses produites sur les deux surfaces opposées de la cavité séreuse.

B. Quelquefois la nécroscopie, et la nécroscopie seule, a pu constater la réalité de la *péricardite hémorragique*, de la péricardite compliquée de diapédèse sanguine. C'est à savoir, — ai-je besoin de le dire? — que dans cette variété anatomique la sérosité est sanguinolente, et les pseudo-membranes tachées ou teintes d'un rouge plus ou moins vif. On en trouve un fort intéressant exemple dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier (livraison XVI, planche 2).

C. L'exsudation fibrineuse, couenneuse, qui, par exemple, en cas de péricardite générale, tapisse toute la membrane séreuse, tant sur le cœur et les gros vaisseaux que sur la face opposée à ces organes, ne forme pas d'ordinaire une couche égale, unie, régulière, comme les pseudo-membranes pleurétiques; mais le plus souvent elle présente, à sa surface

libre, un grand nombre de parties saillantes, rugueuses et informes. Quelquefois ces nombreuses proéminences sont assez égales entre elles, de sorte que la pseudo-membrane offre alors un aspect mamelonné. Quoi qu'il en soit, la formation de ces inégalités dans la couche pseudo-membraneuse tient, sans aucun doute, à ce que les mouvemens continus du cœur ne laissent guère à la lymphe plastique la possibilité de se concréter sur place régulièrement au fur et à mesure de sa sécrétion.

D. Toutes les fois que, par absence primordiale ou par rapide résorption de l'épanchement, les couches pseudo-membraneuses produites sur les feuillets opposés de la membrane séreuse du péricarde se trouvent en contiguïté dans leur état de mollesse primitive et, si l'on peut s'exprimer ainsi, de vitalité amorphe, il en résulte des adhérences qui s'organisent et se consolident, au bout d'un temps plus ou moins long, entre le cœur et les gros vaisseaux, d'une part, et le feuillet séro-fibreux du péricarde, d'autre part. L'adhérence intime et générale de toutes ces parties-là, et qui va, pour ainsi dire, jusqu'à les fondre complétement ensemble, jusqu'à les identifier en quelque sorte, est un fait rare : Laënnec, par exemple, ne l'avait rencontrée qu'une seule fois, et cela dans un cas où elle était constituée par l'intermédiaire d'un tissu fibro-cartilagineux et membraniforme, l'une des transformations possibles de l'exsudation pseudo-membraneuse (Laënn., t. II, p. 658). Le plus ordinairement, les adhérences du péricarde ne sont point si intimement, si étroitement tissues, mais se trouvent formées par des brides filamenteuses, par une sorte de tissu cellulaire plus ou moins lâche, et quelquefois aussi par des brides canaliculées, qui ont véritablement la structure des poches séreuses. Au surplus, ces brides sont quelquefois si courtes que le feuillet séro-fibreux du péricarde peut, au premier aspect, passer pour être immédiatement adhérent au cœur. D'autres fois, au contraire, elles sont assez longues; et après qu'elles ont été déchirées par suite de l'enlèvement du péricarde, le cœur en reste tout hérissé comme d'une sorte de chevelure. C'est à cette variété anatomique, il n'y a plus lieu d'en douter, qu'appartiennent les *cœurs poilus* dont il est question dans quelques anciens livres.

E. Un mot, maintenant, des *plaques blanches du péricarde*. Qu'est-ce que ce vice anatomique que, dans une pratique tant soit peu assidue des ouvertures de cadavres, on a maintes et maintes fois occasion de rencontrer sur la périphérie du cœur ? Ces plaques blanchâtres, opaques, quelquefois larges comme la paume de la main, plus communément moindres de moitié ou même des deux tiers, et souvent très petites, ont une épaisseur à peu près égale à celle de l'ongle, une consistance semblable à celle des pseudo-membranes pleurétiques définitivement concrétées. Bichat n'avait pas manqué de les signaler et d'en proclamer

l'extrême fréquence, mais en déclarant ne pas savoir d'où elles provenaient (*Anatomie générale*, système séreux, art. II, § III). Ces plaques sont si intimement unies à la membrane séreuse, qu'il est vraiment difficile, en raison de la ténuité de cette membrane, de s'assurer, par la dissection, si elles sont situées en dessus ou en dessous. Corvisart avait adopté la seconde solution de ce problème; et il voyait là le produit d'une exsudation accidentelle, anomale, mais non inflammatoire (*op. cit.*, p. 54). Cependant, ainsi que Bichat (*loc. cit.*), ainsi que Laënnec (t. II, p. 656), ainsi que bien d'autres anatomo-pathologistes encore, j'ai moi-même réussi, et cela très souvent, à enlever ces plaques en laissant intact le feuillet séreux du cœur. La vérité est, par conséquent, qu'elles sont situées à la surface du susdit feuillet. De plus, on professe aujourd'hui généralement (et l'analogie, en effet, ne permet guère d'embrasser une autre opinion) qu'elles sont l'effet d'une péricardite partielle, qu'elles sont une transformation définitive d'une exsudation fibrineuse de nature inflammatoire. Empruntons à Laënnec un cas que ce grand observateur avait rencontré, et qui paraît éminemment propre à dissiper les doutes des esprits les plus difficiles relativement à l'origine de ces plaques blanches. « J'ai trouvé, » dit-il (t. II, p. 657), « à l'ouverture du corps » d'un homme mort de péripneumonie, une fausse membrane mince, » assez ferme, d'un jaune citrin, recouvrant l'oreillette droite et une » partie du ventricule du même côté. Aucune autre fausse membrane » n'existait sur le reste de la surface du péricarde. Sa cavité contenait » deux ou trois onces d'une sérosité transparente et légèrement fauve. » Quelques points de la fausse membrane, particulièrement sur l'oreil- » lette, offraient une couleur plus blanche et une fermeté plus grande » que le reste, et présentaient déjà un aspect presque semblable à celui » des plaques blanches du cœur. » Après cela, si les plaques blanches du cœur doivent effectivement être attribuées à une péricardite partielle, il y a donc lieu de reconnaître que la péricardite partielle est une affection et beaucoup plus fréquente et beaucoup moins grave qu'on ne pourrait le penser au premier abord; et que, chez la plupart des sujets, elle a passé inaperçue et véritablement inaccessible au diagnostic.

F. Maintenant, y a-t-il des *péricardites tuberculeuses?* Oui, sans aucun doute, encore bien qu'elles soient plus rares que les pleurésies et que les péritonites de même nom. C'est là un fait d'anatomie pathologique positivement établi par le témoignage de Corvisart (*op. cit.*, p. 282), de Laënnec (t. II, p. 658) et de plusieurs autres observateurs.

G. Dans beaucoup de péricardites, et particulièrement dans les péricardites chroniques, on trouve la substance musculaire du cœur pâlie et devenue presque blanche, comme si on l'eût fait macérer plusieurs

jours dans l'eau. Cette décoloration coïncide quelquefois avec un ramollissement notable : quelquefois, au contraire, avec la persistance de la fermeté normale du tissu dont il s'agit. Quoi qu'il en soit, elle ne nous paraît devoir être, dans aucun cas, regardée comme un caractère anatomique de l'inflammation de ce tissu-là même, comme la preuve de la maladie qu'on aurait droit de nommer proprement, et par excellence, une cardite. Quelques auteurs l'ont pensé ainsi, mais, en vérité, sans aucun fondement. Maintes observations, —hardiment données comme des exemples d'inflammation générale du cœur, ou de cardite, cette maladie, ou plutôt ce mot, que je n'ai pas cru devoir admettre dans les cadres nosographiques de notre ouvrage (308), — ne sont rien autre chose que des péricardites accompagnées de décoloration du parenchyme cardiaque.

605. *Complications communes.* — Très fréquemment, avec la péricardite, il y a en même temps une pleurésie ou une pneumonie, ou même l'une et l'autre tout à la fois. Et c'est là, évidemment, une circonstance des plus propres à masquer la péricardite, à la dérober au diagnostic. Combien, en pareil cas, est naturelle, facile, quelquefois inévitable, l'erreur qui consiste à méconnaître, à ne pas soupçonner le moins du monde, la part que la péricardite a dans la production de l'appareil symptomatique, dans la perturbation des fonctions respiratoires et circulatoires ! Quoi qu'il en soit, quoi qu'on en puisse penser et dire, pour ou contre notre opinion, relativement à ce qu'ont d'excusable ici les erreurs de diagnostic, toujours est-il que la fréquence des complications dont il s'agit est un fait incontestable. Déjà Pinel avait mis en relief ce point de pathologie, dans sa *Médecine clinique* (p. 240 et suiv.), où trois observations de péricardite sont autant d'exemples d'une telle complication bien et dûment constatée par l'autopsie. Premier cas : péricardite et pleuro-pneumonie, mort au sixième jour. Second cas : péricardite et pneumonie, mort au septième jour. Troisième cas : péricardite et pleuro-pneumonie, mort au cinquième jour. Et, depuis Pinel, nous voyons Corvisart (*op. cit.*, p. 6), Laënnec (t. II, p. 660) et tous les bons observateurs signaler d'un commun accord ces complications comme extrêmement fréquentes.

606. *Étiologie.* — (287.) — A. Rarement, très rarement, mais enfin quelquefois, la péricardite est l'effet de causes déterminantes, que le lecteur devine toutes très aisément, et sur lesquelles je n'aurai donc pas besoin d'insister. Elle peut, par exemple, succéder aux contusions de la région précordiale, comme dans la première observation, déjà citée (605), de la *Médecine clinique* de Pinel, observation dont le sujet est une femme septuagénaire qui était tombée de sa hauteur sur le côté gauche, et, par

la violence et la douleur de la chute, avait éprouvé une perte de connaissance d'une demi-heure.

B. En ce qui touche à la *péricardite rhumatismale*, à celle qui naît, par sympathie ou par métastase, sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu, la thèse à l'ordre du jour, depuis les assertions là-dessus émises par M. Bouillaud, n'est pas de démontrer que c'est là, réellement, une des manifestations les plus ordinaires de la loi d'analogie entre les membranes séreuses et les synoviales (563. E.) ; que c'est là une des variétés les plus fréquentes de la péricardite. Mais il s'agit de prouver, premièrement, que ce rapport naturel de connexion entre la péricardite et le rhumatisme articulaire avait été signalé par divers observateurs avant le professeur de la Charité, qui pourtant s'en attribue la découverte ; secondement, que la péricardite rhumatismale n'est pas, il s'en faut de beaucoup, aussi commune que celui-ci le prétend, n'est pas un accident lié à la pluralité, ni même à la moitié des cas de rhumatisme articulaire aigu fébrile et généralisé. Je crois avoir prouvé et mis hors de doute ces deux points dans le passage, ci-dessus cité (599), des *Leçons sur le rhumatisme et la goutte*, et j'y renvoie mes lecteurs, s'ils n'en veulent accepter de confiance la conclusion que je maintiens encore aujourd'hui, et que voici : «............ nous dirons comme par le passé, comme auparavant, » que la péricardite est un accident qui se lie quelquefois au rhumatisme » articulaire aigu, et semble reconnaître la même origine ; que cette » complication peut même, sous certaines constitutions médicales, de- » venir moins rare que de coutume, comme cela paraît avoir eu lieu » dans l'épidémie de Storck (¹) ; mais qu'en définitive, il n'y a pas » coexistence constante, ni même ordinaire, entre les deux maladies. »

607. *Diagnostic.* — Si l'on songe, — d'une part, — combien les symptômes de la péricardite (603. A.), pris un à un et isolément, sont tous, ou presque tous, équivoques, — combien il est naturel de rencontrer quelques uns de ces symptômes en maintes occasions autres qu'une péricardite, — combien, excepté le bruit de frottement péricardiaque, bruit, d'ailleurs, si rare à entendre, surtout d'une façon distincte et indubitable, excepté aussi les phénomènes de percussion et d'auscultation qui sont l'indice certain d'un épanchement,

(1) Voir la description intéressante que Storck a donnée d'une épidémie de rhumatisme articulaire aigu (*Annus medicus*, II) : « J'ai quelquefois observé, » disait-il, « que, lors de la disparition des douleurs dans les membres, il sur- » venait de l'oppression de poitrine, des palpitations de cœur, et de l'intermit- » tence dans le pouls, et qu'au retour de la douleur sur les membres ces » symptômes disparaissaient, et que le pouls, quelques instans auparavant » tremblant et intermittent, se montrait de nouveau égal et libre. »

mais qui, d'ailleurs, peuvent appartenir tout aussi bien à une hydro-péricarde, tout aussi bien à une hémorragie par perforation traumatique ou spontanée du cœur, ou par diapédèse de la membrane séreuse qu'à une péricardite, chacun des autres symptômes a en soi peu de valeur séméiologique, — combien, enfin, il est rare que chez un seul et même sujet ces symptômes se présentent réunis dans un tel ensemble qu'il n'y ait pas le moindre doute possible sur la réalité d'une péricardite; — si, d'autre part, l'on songe à la fréquence des complications qui, en ayant aussi leur siége dans le thorax, sont si éminemment propres à masquer la péricardite (605), on ne doit pas en vérité s'étonner de nous entendre dire que le diagnostic de la péricardite est généralement difficile à établir d'une manière certaine, et que, dans un grand nombre de cas, force est bien de le laisser indécis. C'est ce qu'avouait franchement Corvisart. C'est ce que Laënnec, pourtant avec une ressource de plus, avec la ressource de l'auscultation, ne faisait pas non plus difficulté d'avouer. C'est ce que M. Louis, dans son mémoire ci-dessus cité (599), avoue encore : et avec lui, aujourd'hui même, tous les observateurs judicieux et de bonne foi répéteront un semblable aveu, malgré les progrès réels que le diagnostic anatomique a faits dans ces dernier temps. Cela est la vérité, la pure vérité, n'en déplaise à certains diagnostiqueurs intrépides, qui accordent une aveugle croyance à des subtilités stéthoscopiques d'une valeur imaginaire. En règle générale, toutefois, lorsque, chez une personne qui n'est point sujette à éprouver des phénomènes morbides de la part du cœur, on voit survenir subitement tout ou partie des symptômes que nous avons reconnus pouvoir appartenir à la péricardite, et surtout lorsqu'on les voit survenir avec fièvre inflammatoire, avec état couenneux, ou, pour mieux dire, surfibrination du sang, il y a grande probabilité, quelquefois même certitude véritable, pour prononcer le diagnostic de péricardite.

608. *Pronostic.* — Si l'anatomie pathologique prouve que, dans quelques cas, la péricardite est une affection très peu grave et qui peut-être passe inaperçue sans fièvre et sans aucun trouble morbide, toujours est-il que, dans tous les cas où les symptômes en sont tels qu'on ait droit de la diagnostiquer avec un certain degré de certitude, elle constitue une maladie véritablement grave, une maladie assez grave pour compromettre la vie du malade.

609. *Thérapeutique.* — (290.) — Phlébotomies. Saignées locales, particulièrement sur la région précordiale. Vésicatoires et autres agens de révulsion cutanée, sur cette même région. Purgations répétées. Emploi de la digitale. Voilà quels sont les principaux moyens de traitement à mettre en œuvre contre la péricardite aiguë et chronique, selon les indications diverses que j'ai déjà eu bien des fois occasion de spécifier

soit sous un point de vue général, soit dans l'histoire particulière des inflammations diverses, et particulièrement de celles de la même tribu.

ARTICLE XXXV.

ENDOCARDITE.

(Bouillaud : — de *Endocarde*, mot généralement adopté aujourd'hui, d'après ce même auteur, pour désigner la membrane interne du cœur, — et fort régulièrement composé d'ailleurs de deux mots grecs, Ἔνδον, dedans, et Καρδία, cœur ; — de la même façon que, depuis plus longtemps déjà, les botanistes appellent *Endocarpe* la membrane qui, dans un fruit mûr et parfait, tapisse la cavité centrale du péricarpe.)

(Voir n° 303.)

610. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Trait. de l'auscult.*) IIIe part., sect. II, chap. 19, *De l'inflammation de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux.*

HOPE. — Ouvrage cité (599), — part. II, chap. III, *Endocarditis.*

BOUILLAUD. — (*Tr. clin. des mal. du cœur.*) — T. II, p. 1 — 421. (*De l'endocardite et de ses suites*).

CHOMEL et REQUIN. — (*Leçons sur le rhum.*) Voir, p. 213—42, la discussion de cette question-ci : *Y a-t-il, ou non, coïncidence presque constante d'une endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu général ?*

PIGEAUX. — (*Traité prat. des mal. du cœur.*) Pag. 324-55, *Indocardite aiguë* (*Sic*) : non par faute typographique, mais par orthographe erronée du fait même de l'auteur.

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 319—32) — Art. *Endocardite.*

ARAN. — (*Manuel prat. des mal. du cœur.*) IIe partie, Ire classe, chap. 3, *De l'endocardite.*

611. *Nosologie.* — A. L'inflammation de la membrane interne du cœur, ou bien, en un seul mot, l'endocardite, est une affection qui n'est que trop réelle, assurément, — mais qui, — je ne crains pas, pour ma part, de le déclarer, dussé-je aux yeux de tant et tant d'esprits prévenus passer aujourd'hui pour un praticien arriéré, — me paraît être une affection, sinon fort rare, ainsi que l'enseignait Laënnec, — du moins, indubitablement beaucoup plus rare, ou, si l'on veut, beaucoup moins commune que Hope, et, après lui, M. Bouillaud ne l'ont avancé, et qu'il n'est de mode à présent, dans l'École de Paris, de le dire formellement, ou de le laisser dire sans opposition et comme par une sorte d'acquiescement tacite. Toujours est-il, après tout, que l'endocardite,

cet épouvantail si souvent évoqué par quelques contemporains, ce fantôme si facile à voir avec les yeux de l'imagination là où il n'est pas, n'est rien moins qu'une question vidée et résolue pour les observateurs d'un esprit sévère et peu crédule. Pour eux, l'endocardite n'offre encore que doutes et obscurités, non pas quant à la réalité de son existence, positivement établie sur des faits authentiques d'anatomie pathologique, mais quant à ses symptômes et à leur valeur séméiologique.

B. Quels peuvent être, en effet, les principaux symptômes de l'endocardite ?

α. Et d'abord, *y a-t-il quelque chose dans l'habitude extérieure ?* L'inspection et la percussion de la poitrine fournissent-elles des données tant soit peu caractéristiques ? Y a-t-il, peut-il y avoir, ainsi que l'enseigne M. Bouillaud, voussure de la région précordiale, -- et accroissement de matité, soit en intensité intrinsèque, soit en étendue, dans cette même région ? Voilà ce que, pour ma part, je ne saurais guère concevoir. Comment se ferait-il qu'une altération toute renfermée à l'intérieur du cœur pût, comme un excès de volume de cet organe, ou comme un épanchement du péricarde, avoir pour résultat physique de déformer la paroi antérieure du thorax et d'en diminuer la sonorité ? Tout au plus est-il permis d'accorder, suivant la pensée de Hope (*op. cit.*), que parfois, et à titre d'exception très rare, à titre d'exception qui n'existera que dans le cas de la plus terrible gravité, avec une gêne extrême de la circulation et avec une véritable imminence d'asphyxie, l'accroissement de la matité précordiale peut être un effet dû à la distension excessive des cavités cardiaques, soit par le seul fait de la stase et de l'accumulation du sang, soit même, aussi, par la formation de caillots. Faisons cette concession, puisque Hope assure avoir vu, dans ses expériences sur des lapins empoisonnés avec le woorara, le cœur se gonfler jusqu'au double à peu près de son volume naturel par suite de l'engorgement sanguin, quand la respiration artificielle était momentanément suspendue. Mais, quant à la formation d'une voussure précordiale par le fait d'une endocardite pure et simple, n'est-ce pas, en vérité, une supposition chimérique, une impossibilité absolue ?

β. En ce qui touche à l'*état de la circulation et de la respiration*, ces deux fonctions si bien liées entre elles par une étroite solidarité, on comprend sans peine que l'endocardite, si peu étendue qu'elle puisse être, et fût-elle bornée à un très petit espace sur l'un des appareils valvulaires, est parfaitement capable d'occasionner le plus grand trouble dans la sphère de ces fonctions importantes. Rien qui soit plus conforme aux lois de la physiologie pathologique. Rien qui soit mieux établi par le double contrôle de l'observation clinique et de l'observation nécroscopique. Sentiment de malaise et d'embarras dans la

région précordiale, qui parfois même se montre vraiment tout endolorie, notamment à la pression et à la percussion. Choc du cœur, violent et brusque, — quelquefois, encore bien que fréquent, n'en conservant pas moins un rhythme régulier, si tant est que le jeu des valvules s'accomplisse d'une façon suffisante, et qu'ainsi la circulation cardiaque se fasse toujours librement et sans aucun regorgement, — quelquefois, au contraire, ne se répétant qu'avec des irrégularités et des intermittences et sous forme de palpitations tumultueuses et confuses; puis, en général, tombant de cet excès de violence dans l'excès d'affaiblissement, et dégénérant en une sorte d'ondulation à peine sensible et fort irrégulière, alors que l'engorgement de la circulation cardiaque s'accroît et que la résistance de la force nerveuse s'affaisse; et tout cela, bien entendu, avec un semblable rhythme, avec de semblables caractères, avec de semblables variations dans les battemens du pouls, qui ne fait, pour ainsi dire, que refléter l'action du cœur. Bruits cardiaques anomaux, bruits de soufflet, de scie ou de râpe, soit au premier temps, soit au second temps du tic-tac : au premier temps, suivant Hope, lorsque, — par le fait même de l'inflammation qui ne peut manquer de rendre les valvules, si elle les attaque, plus épaisses et moins souples, et d'en altérer le jeu en même temps que les conditions anatomiques, — il y a rétrécissement du passage des valvules sigmoïdes, ou bien défaut de clôture hermétique, et, comme on dit, insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires; au second temps, suivant le même auteur, lorsque, au contraire, il y a insuffisance des valvules sigmoïdes, ou bien peut-être, mais à titre de circonstance très rare, rétrécissement des ouvertures auriculo-ventriculaires. Dans certains cas, frémissement cataire. De plus, dans les cas les plus graves, orthopnée, dyspnée suffocante, syncopes. Voilà ce que les observateurs s'accordent à signaler comme autant de symptômes possibles dans l'endocardite. Mais, en vérité, dans toute cette symptomatologie-là, telle que l'état actuel de la science permet de l'analyser et de l'apprécier, il n'y a rien qui soit décidément propre à caractériser l'endocardite, rien qui soit, en un mot, pathognomonique, sauf, pourtant, le cas où l'endocardite atteint les valvules sigmoïdes aortiques, et où ces soupapes cessent de s'appliquer exactement entre elles lors de leur abaissement, et de s'opposer à ce que le sang reflue de l'aorte dans le ventricule pendant la diastole ventriculaire; car, en pareil cas, il y aura toujours, chez l'individu donné, manifestation subite et inopinée de l'ensemble symptomatique qu'on nomme *maladie de Corrigan*, et qui réunit les trois caractères que voici : 1° bruit de soufflet ayant lieu au second temps, et se prolongeant dans le trajet de la crosse de l'aorte et dans toutes les artères, notamment dans les artères carotides; 2° battemens visibles de celles-ci, tout le long du cou;

3° pouls vibrant, n'importe où on le tâte, à l'artère radiale ou ailleurs. Et, certes, à mon avis, l'un des points les mieux démontrés dans la pathologie du cœur, l'un des faits les plus solidement acquis à la science dans ces derniers temps, c'est que la maladie de Corrigan a pour condition anatomique l'insuffisance des valvules aortiques (voir plus bas, chapitre XIII).

γ. En fait de *symptômes généraux*, il faut citer en première ligne la fièvre, la fièvre inflammatoire (280. D.), comme le cortége à peu près inévitable de l'endocardite. Il ne se peut guère que cette fièvre fasse défaut, si ce n'est pour être remplacée par les symptômes d'une asphyxie imminente. Cette dernière sorte de symptômes ne tarde pas de se montrer, toutes les fois qu'une perturbation extrême de la circulation cardiaque se prolonge un tant soit peu : la face devient alors bouffie et violacée, les extrémités inférieures s'œdématient et sont prises d'un froid glacial, pendant que la dyspnée va croissant et que les syncopes se répètent.

C. Il est avéré, et rien d'ailleurs n'est plus facile à comprendre et à prévoir, que l'endocardite aiguë peut, à elle seule, déterminer la mort. Après cela, nous ne contesterons pas que, lorsqu'elle est peu intense, elle ne puisse se terminer heureusement par résolution : mais, il faut l'avouer, c'est là une vérité plutôt présumée par induction que démontrée par voie d'observation directe; car, si l'on peut à peine deviner l'endocardite sous les formes symptomatiques les plus graves, à plus forte raison nous est-il interdit de la reconnaître et de la constater authentiquement, sûrement, irréfragablement, sous les apparences d'une maladie légère. Nul doute non plus que parfois l'endocardite, encore bien qu'elle se soit montrée sous une forme légère et peu menaçante, ne devienne, en se prolongeant, en passant à l'état chronique, la source de vices graves et incurables des valvules du cœur.

D. Les altérations anatomiques que l'autopsie peut découvrir en cas d'endocardite, sont principalement : 1° la rougeur de l'endocarde ; 2° la présence d'une exsudation pseudo-membraneuse ou du pus ; 3° la tuméfaction de la membrane ou plutôt du tissu cellulaire subjacent; 4° l'existence de concrétions sanguines décolorées et adhérentes aux valvules ou en d'autres points du cœur; 5° enfin, l'ulcération.

α. La *rougeur*, à elle seule, sachons-le bien, ne suffit pas pour faire admettre une inflammation de l'endocarde. Quelle qu'en soit la nuance, écarlate ou violette, elle ne peut dans aucun cas servir toute seule de preuve pour établir péremptoirement la réalité d'une telle inflammation. Loin de là, ainsi que Laënnec (*loc. cit.* l'a parfaitement bien démontré, et que Hope (*loc. cit.*) l'a pareillement reconnu, la rougeur de la membrane interne du cœur et des vaisseaux est,

la plupart du temps, un phénomène cadavérique, ou tout au plus un phénomène d'agonie (62), qui se produit par voie d'imbibition, et, pour ainsi dire, en manière de teinture, et non pas véritablement par hyperémie (172). Et l'on peut affirmer qu'il en est ainsi, toutes les fois que cette rougeur se trouve jointe aux circonstances suivantes : agonie lente, et même de longtemps précédée par la dyspnée suffocante; altération manifeste du sang, qui, dans les vaisseaux du cadavre, se trouve diffluent et non solidement coagulé; putréfaction déjà un peu prononcée, comme, par exemple, lorsque l'autopsie a lieu en été et surtout plus de vingt-quatre heures après le décès. Au surplus, si la rougeur toute seule est ce qu'il y a de moins propre à établir l'existence d'une endocardite, l'absence de rougeur n'exclut pas non plus l'idée de cette maladie; car, dans les membranes séreuses, un léger degré d'hyperémie, d'injection sanguine, peut fort bien, quelquefois, disparaître après la mort.

6. La *présence d'une exsudation pseudo-membraneuse ou du pus* constitue le caractère le plus positif, le plus irréfragable, de l'endocardite. La matière pseudo-membraneuse se trouve, d'ordinaire, épanchée à la surface libre de l'endocarde, et s'y trouve plus ou moins adhérente. Quelquefois, au contraire, elle est déposée dans le tissu cellulaire subjacent à cette membrane. C'est là, et seulement là, que, quelquefois aussi, on rencontre une certaine quantité de pus produite en vertu de l'endocardite. Rien de mieux établi dans la science que la réalité de ces trois cas, qui ont été vus et décrits par les observateurs les plus éclairés et les plus dignes de foi. Mais, il faut aussi le reconnaître, les faits de cette sorte n'ont été que très rarement rencontrés dans les investigations d'anatomie pathologique. Et voilà pourquoi, entre autres raisons, nous continuerons de penser, avec Laënnec, que l'endocardite est une maladie rare. Ce n'est pas à dire pour cela que l'absence d'exsudation fibrineuse et de pus implique absolument contradiction avec l'existence d'une endocardite; car très souvent, sans aucun doute, la lymphe plastique, à l'instant même où l'endocarde enflammé la laisse sourdre, doit être balayée et emportée par la force du torrent circulatoire. Et, à plus forte raison, la même remarque est applicable au pus. Mais, enfin, toujours est-il qu'en l'absence de caractères anatomiques irrécusables et infaillibles, l'hypothèse d'une endocardite ne saurait être accueillie à la légère, ne saurait être érigée qu'à bon escient en dogme classique, en principe digne de régenter la pratique. Encore une observation : c'est que les exsudations pseudo-membraneuses se trouvent sur les valvules plus souvent que dans tout autre point du cœur. Sont-elles, là, l'origine des végétations fongueuses ou verruqueuses qui, dans maintes autopsies, se trouvent sur ces soupapes si merveilleuses et si délicates du moteur cir-

culatoire, et se montrent éminemment propres à en altérer, à en entraver le jeu, de la façon la plus déplorable et la plus funeste? Question vivement débattue, et sur laquelle les opinions des pathologistes sont partagées.

γ. La *tuméfaction* survenue dans le tissu cellulaire subjacent à l'endocarde, — et telle que, de prime abord, cette membrane même, au fond restée intacte, ténue et transparente, paraisse gonflée, épaisse, opaque, indurée, — est une circonstance qui, jointe à la rougeur, plaide très haut pour l'idée d'endocardite, mais pas aussi péremptoirement, pas aussi infailliblement que la sécrétion de la lymphe plastique ou du pus. Serait-il vrai, comme le veulent certains auteurs, que cette tuméfaction, que cette induration du tissu cellulaire subjacent à l'endocarde dût être toujours, et sans exception, mise sur le compte de l'inflammation? Serait-il vrai que l'endocardite préparât, à l'aide de cette première transformation du tissu cellulaire sous-séreux, et faute d'une résolution prompte et complète d'un semblable état, le développement ultérieur des transformations fibreuses, cartilagineuses et osseuses? Serait-il vrai qu'elle fût ainsi la source, la seule et unique source, des plus terribles et des plus meurtrières cardiopathies? Autant de questions à controverser, et non pas à trancher, dans l'état actuel des connaissances pathologiques.

δ. Que les *concrétions sanguines décolorées et plus ou moins adhérentes à l'endocarde* soient un trait caractéristique de l'endocardite; que, par l'effet de cette maladie, il puisse y avoir coagulation du sang dans le cœur sur le vivant même : c'est ce que, pour mon compte, pas plus que Hope (*loc. cit.*), je ne puis attester par expérience. Mais, avec le célèbre cardiopathologiste anglais, j'admets volontiers, par induction et sur le témoignage d'autrui, cette coagulation du sang en contact avec une surface enflammée; je l'admets comme une réalité, attendu qu'un pareil phénomène est un résultat bien connu, bien démontré, de l'artérite et de la phlébite.

ε. L'*ulcération* de la surface interne du cœur est un phénomène extrêmement rare. Cependant Hope (*loc. cit.*) dit en avoir vu quatre ou cinq cas de nature chronique.

E. En ce qui touche aux complications, notons, d'abord, particulièrement que le développement simultané de l'endocardite et de la péricardite, en un seul mot, que l'endo-péricardite est une complication fort naturelle, et, comme de raison, à ce qu'il paraît, assez fréquente, relativement parlant. En général, d'ailleurs, on a, ce me semble, droit de professer que l'endocardite est surtout rare en tant que maladie isolée, indépendante, idiopathique et primitive, et que de préférence elle vient plutôt à titre de maladie deutéropathique se greffer

sur d'autres altérations anatomiques du cœur. C'est, par exemple, dans ce dernier cas, uniquement, que Laënnec, ce grand observateur, voué avec autant d'assiduité que de génie à la culture de l'anatomie pathologique, nous dit avoir quelquefois trouvé des pseudo-membranes peu étendues, ordinairement teintes de sang par imbibition, fortement adhérentes aux parois des oreillettes ou des ventricules (*loc. cit.*, p. 608—9).

612. *Étiologie.* — (287.) — Rien de particulier à enseigner ici : rien que doutes, hypothèses et obscurités. C'est fort aventureusement, c'est bien à tort, je persiste et à le croire et à le dire, que M. Bouillaud a posé la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu comme une loi pathologique, comme une règle qui souffre à peine exception une fois sur neuf. Ce n'est pas que je rejette absolument la possibilité d'une endocardite qui soit ou concomitante ou consécutive du rhumatisme articulaire aigu. Tout au contraire ; car j'ai moi-même, de mes propres yeux, constaté une fois le fait nécroscopiquement, et je me suis plu à le proclamer dans les *Leçons sur le rhumatisme* (p. 227 — 41. — XI[e] observ.). Là, j'ai consigné tout au long une observation recueillie par M. Grisolle sous les yeux de M. Chomel, observation dans laquelle l'autopsie, seule preuve décisive et péremptoire de la réalité de toute altération anatomique dont le diagnostic est encore équivoque, a fourni un exemple incontestable d'endo-péricardite (péricardite légère, et endocardite très prononcée, qui fut seule véritablement la cause de la mort). Et, quant à moi, je concéderai même, volontiers, que l'endocardite a une certaine affinité avec le rhumatisme articulaire aigu, à autant de titre que les autres phlegmasies séreuses (563. E.). Mais, après tout, l'endocardite rhumatismale n'est que l'exception, et non pas la règle : elle n'est peut-être qu'une exception rarissime. Pour dire autrement, il faut être de trop facile composition à l'endroit du diagnostic.

613. *Deux mots de séméiotique.* — A. Le diagnostic de l'endocardite est un problème des plus épineux, des plus énigmatiques, en présence d'une symptomatologie aussi peu caractéristique que nous la donne l'état actuel de la science (611. B.). Surtout, si vous n'aimez pas à trancher les questions aux dépens de la certitude, gardez-vous de croire, sur la parole de Hope (*loc. cit.*), et de ceux qui, à Paris, répètent le médecin de Londres, qu'il y a lieu d'admettre l'existence d'une endocardite toutes les fois qu'un individu présente *tout-à-coup* les trois signes que voici : 1° fièvre, 2° violente impulsion du cœur, 3° bruit de souffle, de scie ou de râpe (*bruit valvulaire* de l'auteur anglais) ; car les deux premiers signes n'établissent rien autre chose que le fait de la fièvre, et pas davantage. Quant au troisième

signe, sans compter que dans bien des cas, dans la plupart assurément, on ne sait pas du tout s'il n'existe pas chez la personne avant la maladie actuelle, avant l'exploration stéthoscopique qui se fait à l'occasion de cette maladie, force est bien d'avouer que ce n'est pas là le moins du monde un signe pathognomonique; force est bien d'avouer que les bruits de soufflet et de râpe se font entendre dans maintes et maintes circonstances, où il n'est pas permis de soupçonner une endocardite, en un mot, qu'ils se font entendre, avec ou sans fièvre, dans l'anémie, et parfois même aussi dans la pléthore (164. G.). Dira-t on, toujours avec Hope et ses imitateurs, que la raison d'admettre l'endocardite est encore plus forte, si les trois signes susdits se présentent en coexistence avec un rhumatisme articulaire aigu ? Mais c'est là, précisément, poser en principe ce qui est en question. Tout au plus sera-t-il raisonnable de parier pour l'endocardite, aussi bien que pour la péricardite, lorsqu'une personne présentera *tout-à-coup*, avec des symptômes généraux d'inflammation, une perversion manifeste des mouvemens du cœur, et que les signes évidens d'un épanchement ne seront pas là pour démontrer péremptoirement l'existence d'une péricardite. Enfin, je me plais à le reconnaître, il y a un cas où l'on est en droit de porter un diagnostic précis et affirmatif : c'est lorsqu'on voit apparaître tout-à-coup les signes caractéristiques de la maladie de Corrigan (611. B. 6.). En pareille occurrence, je n'hésiterais jamais, pour ma part, à diagnostiquer une endocardite du ventricule gauche, et plus précisément encore, une inflammation des valvules sigmoïdes aortiques.

B. Pour peu que, chez un malade donné, il y ait lieu de présumer, non pas chimériquement, mais sur motifs pertinens, l'existence d'une endocardite, le pronostic doit être fort sérieux. L'appréhension d'une catastrophe prochaine est légitimement fondée. Le malade échappe-t-il à ce premier danger : reste encore l'éventualité de vices valvulaires incurables.

614. *Thérapeutique.* — Y eût-il possibilité de distinguer toujours, au lit du malade, l'endocardite de la péricardite, peu importerait au traitement. Les moyens indiqués contre celle-ci (611.) sont aussi ceux qui, énergiquement et opportunément employés, peuvent réussir contre celle-là.

ARTICLE XXXVI.

AORTITE.

(Auteurs contemporains. — De Ἀορτή, aorte.)

(Voir n° 303.)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compend.*, — t. I, p. 194 — 200). — Art. *Aortite.*

615. *Un mot sur la question de savoir si Arétée a signalé cette maladie.* — Je ne sais qui s'est avisé le premier d'apercevoir dans un chapitre d'Arétée, chap. 8 du livre II[e] de son traité *Des causes et des signes des maladies aiguës,* une prétendue mention de l'inflammation de l'aorte. C'est là une méprise inqualifiable, et qui ne saurait être que le fait du plus détestable humaniste jetant à l'étourdie un coup d'œil sur le texte grec ou sur la traduction latine. Et toutefois, depuis quelques années, cette erreur s'accrédite, et on la répète de confiance et faute de contrôle, faute d'une vérification bien et dûment faite dans le livre même d'Arétée. On la répète, on la copie, non seulement dans maintes thèses inaugurales, dans maints et maints articles de journaux, mais même dans de grands et importans traités, qui ont ou visent à avoir une autorité classique, et qui, à beaucoup d'égards, sont d'une très haute valeur. Voilà précisément pourquoi je crois à propos de protester ici contre une assertion si erronée, comme autrefois j'ai déjà protesté (*Thèse d'agrégation*, p. 6) contre l'idée qu'on avait eue d'attribuer à Arétée, d'après ce même chapitre aujourd'hui encore en question, l'honneur d'avoir réellement et positivement connu la phlébite. Encore peut-on dire, au moins, que là, l'illustre médecin de Cappadoce accuse, hypothétiquement il est vrai, mais en termes formels, l'inflammation de la veine cave, comme la raison anatomique d'un ensemble de symptômes qu'il décrit, et qu'il reconnaît pour constituer en somme une espèce particulière de *causus* (c'est-à-dire, fièvre continue grave) : tandis qu'au contraire, dans le passage, d'ailleurs assez obscur, invoqué comme faisant mention de l'aortite (édit. Kuhn, p. 53, lign. 14 et suiv.), il ne s'agit pas du tout d'une telle inflammation, ni réelle, ni supposée, mais seulement d'une palpitation extraordinaire de l'aorte abdominale, à titre de symptôme qui peut, chez quelques sujets, se trouver lié à la prétendue inflammation de la veine cave. Gardons-nous de prêter aux anciens les connaissances, les idées qu'ils n'ont pas eues. Leur gloire n'a pas besoin de se parer des mérites et des conquêtes de la science moderne. Assurément, Arétée, pour avoir partagé l'ignorance de l'antiquité tout entière à l'endroit de l'artérite et de la phlébite, n'en reste

pas moins à jamais l'un des noms les plus illustres, et des plus justement illustres (150), parmi les princes de l'art médical.

616. *Notion sommaire de l'aortite.* — Portal est le premier auteur, que je sache, qui ait signalé, d'après l'autopsie cadavérique, un cas d'inflammation de l'aorte, cas apparemment dû, suivant ce médecin, à la répercussion de la rougeole, et, comme on disait alors, à la rentrée de l'éruption (Portal, *Cours d'anatomie médicale*, — t. III, p. 127).

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui rien de mieux établi dans la science que la réalité de l'inflammation qui peut atteindre la tunique interne ou tunique séreuse des artères et en particulier de l'aorte. Quelquefois, sans aucun doute, cette inflammation peut envahir toute l'étendue de l'arbre aortique, le tronc, les branches et les rameaux jusqu'à leurs dernières limites visibles, en un mot, jusqu'aux points où commence le système capillaire. Et, entre autres exemples, j'en trouve un des mieux constatés, des plus clairement décrits, des plus parfaitement caractérisés, dans l'observation Ire d'un article de la *Gazette médicale* (année 1840, p. 361-2), article emprunté au journal allemand du docteur D'Ammon, et intitulé : *Trois observations d'inflammation aiguë de l'aorte* (par le docteur Thierfelder). D'après ce que l'on sait, d'expérience assez commune, touchant la gravité d'une artérite bornée à une seule artère de petit calibre, où effectivement l'inflammation ne peut pas laisser que de déterminer la formation d'un caillot obturateur, en suite de quoi survient la gangrène des parties ainsi privées de circulation (voir en *Pathologie chirurgicale*, chapitre des *Gangrènes*, t. Ier, p. 241) ; d'après cela, dirons-nous, il est facile de prévoir quel excès de péril, quelle inévitable léthalité doit s'attacher à une artérite générale, telle que nous venons de la supposer, affection heureusement très rare et que je n'ai jamais eu, quant à moi, l'occasion de constater dans mes investigations nécroscopiques. Mais, quelquefois aussi, l'aorte est seule affectée; au lieu d'une artérite universelle, il y a tout simplement une aortite. Et c'est ce cas même que nous devons spécialement envisager dans le présent article, cas dont la possibilité n'est pas posée par pure induction, mais appuyée sur des faits réels. Témoin, par exemple, la IIe observation du docteur Thierfelder, dans laquelle l'inflammation occupait l'aorte depuis son orifice jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Témoin, pareillement, l'observation que j'ai moi-même recueillie dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe en 1842, et que je vais rapporter tout au long ci-après (617), la jugeant propre à mériter l'intérêt particulier des lecteurs, vu la rareté des faits de ce genre : dans cette observation-là, comme on le verra tout-à-l'heure, l'aortite s'étendait depuis l'origine de l'aorte jusqu'aux environs du tronc cœliaque; mais, en outre, il y avait en même temps endocardite, en ce

que les valvules sigmoïdes participaient elles-mêmes à l'inflammation. Et, à cette occasion, je ne veux pas manquer de consigner ici que, lorsque je communiquai la susdite observation à la société de médecine de Paris, séance du 17 juin 1842, l'un de nos collègues, M. Nonat, nous dit avoir observé un cas où l'aortite était nettement limitée, où les altérations inflammatoires s'arrêtaient précisément au pourtour même de l'insertion des valvules sigmoïdes.

Maintenant, faisons bien remarquer que pour l'aortite, pas plus que pour l'endocardite (611. D.), nous ne devons croire permis de considérer la rougeur comme un caractère anatomique qui soit, à lui seul, suffisant et vraiment décisif. Il nous faut d'autres indices; il nous faut des indices encore meilleurs, ou qui, joints à ce premier caractère, viennent compléter la démonstration de la maladie; il nous faut, par exemple, une exsudation plastique à la surface de la tunique interne de l'aorte, ou du moins un épaississement manifeste de cette tunique, outre cela, hypérémiée et rouge, toutes circonstances qui ont été, en effet, bien et dûment constatées, dans les cas que je citais à la fin de l'alinéa précédent, et dans bon nombre d'autres cas que les fastes de l'observation ont enregistrés.

Quelquefois, quoique rarement, on a trouvé de petites pustules à l'intérieur de l'aorte : voir, entre autres auteurs, Laënnec, chapitre cité plus haut (610), — et Hope, ouvrage cité (599), partie II, chap. 4, *Acute and chronic arteritis, and organic diseases of the coats of arteries.* Ces pustules sont formées par une gouttelette de pus qui soulève la tunique interne de l'artère, et qui s'est épanchée dans le tissu cellulaire intermédiaire à la tunique interne et à la tunique moyenne ou propre. Nouvelle occasion de remarquer, entre tant et tant d'autres preuves qui viennent à l'appui de la même thèse, que les inflammations dites séreuses intéressent le tissu cellulaire sous-séreux autant et même plus que la mince trame du tissu séreux strictement dit (303). Quoi qu'il en soit, les susdites pustules, en crevant, donnent naissance, sans aucun doute, à des ulcères; et si, au surplus, on ne trouve jamais de pus à la surface des ulcères aortiques, c'est que les choses ne peuvent exister autrement, puisque la suppuration de ces ulcères est incessamment balayée par le torrent de la circulation.

L'aortite est donc une réalité incontestable, un fait solidement acquis à la science : rien de plus clair. Mais quels en sont les symptômes? Comment les reconnaître sur le vivant? A coup sûr, dès qu'elle occupe une étendue tant soit peu considérable, elle ne peut moins faire que de produire une certaine perturbation dans l'ensemble des fonctions de l'économie animale, que d'allumer une fièvre inflammatoire (280-D). Mais force est bien d'avouer qu'il n'y a point de symptômes spéciaux,

point de signes qui soient propres à faire distinctement apprécier l'aortite sur le vivant, ni même à la laisser entrevoir à titre de conjecture probable. Hope, qu'on ne peut certainement pas accuser d'être un auteur arriéré en fait de raffinemens séméiologiques touchant les maladies de l'appareil circulatoire, déclare franchement (*loc. cit.*) que l'aortite, en tant qu'affection isolée, est une maladie des plus obscures. Il pense que le praticien ne peut avoir quelque raison de la soupçonner, de la supposer, que dans le cas seulement où il y a une endocardite intéressant les valvules sigmoïdes aortiques, et où la présence d'une telle affection fait naturellement songer à la possibilité d'une plus vaste étendue d'inflammation, à la possibilité de la continuité du mal depuis l'endocarde jusqu'à une distance plus ou moins grande dans l'intérieur de l'aorte. Nous aussi, nous ferons bien volontiers la même concession que Hope, mais à condition que l'endocardite valvulaire se trahisse par des symptômes bien dessinés, à condition, dis-je, que le sujet présente d'une façon aussi évidente que soudaine les signes de l'insuffisance des valvules sigmoïdes (611. B. 6. — et 613. A), comme, par exemple, dans l'observation, par moi recueillie, dont je parlais tout-à-l'heure, et que je me suis réservé de consigner en détail dans le suivant numéro (617).

Cela posé, nous ne pouvons, il est bon d'en faire la remarque, nous ne pouvons accepter comme bonne et légitime la troisième observation du docteur Thierfelder, cette observation que le médecin allemand ne se fait pas le moindre scrupule d'assimiler aux deux premières, et de qualifier, comme celles-ci, du titre d'inflammation de l'aorte, sans vérification nécroscopique et seulement sur la foi d'un ensemble symptomatique qui me paraît des moins significatifs, et que couronna une parfaite guérison. Le docteur Thierfelder accorde à la présence d'une toux sèche une importance séméiologique, qui est, en vérité, tout-à-fait dénuée de fondement, et qui, — pour avoir obtenu un commentaire approbatif de la part du journaliste français, en cela, je dois le dire, inspiré par une robuste foi de traducteur plutôt que par un juste scepticisme de clinicien expérimenté, — n'en est pas moins fausse, pas moins illégitime, pas moins récusable. Encore un coup, cette troisième et dernière observation du docteur Thierfelder est nulle et de nul intérêt. De telles observations, fussent-elle jetées devant nous par centaines, par milliers, peu importe, nous les tiendrions pour autant de zéros.

Ce n'est pas, assurément, que nous prétendions que l'aortite n'est possible, n'a jamais d'existence réelle qu'avec la mort pour terminaison. Loin de là, nous reconnaîtrons très volontiers que l'aortite, bien plus que l'inflammation des artères de petit et de moyen calibre, est de nature à se passer sans accidens graves, dans une forte proportion des

cas, en raison même du large calibre de l'aorte, où, très évidemment, malgré la présence des phénomènes inflammatoires, et notamment malgré une certaine intumescence de la surface interne, le torrent de la circulation peut fort bien n'éprouver que peu ou point de gêne. Que, dans l'aorte, les phénomènes inflammatoires puissent bien des fois aboutir heureusement à une complète résolution, ou à des altérations de tissu peu importantes et incapables de causer le moindre trouble dans la santé : encore un coup, nous ne le contestons pas. Et j'ajouterai même, par anticipation, que l'observation, dont j'ai promis de donner les détails ci-après (617), est elle-même une preuve à l'appui de cette thèse-là, attendu que la mort du sujet fut un résultat dû évidemment, non pas aux altérations de l'aorte, mais bien à l'insuffisance des valvules sigmoïdes, ce redoutable effet de l'endocardite concomitante. Mais, en définitive, toutes les fois que l'aortite se termine par la guérison, non par la mort, c'est là, je le répète, un fait qui doit passer inaperçu, un fait totalement inaccessible au diagnostic.

Une fois ce point établi, que l'aortite aiguë n'est pas une affection nécessairement mortelle, il va sans dire, et il est explicitement convenu que l'aortite chronique est aussi une réalité. Bien entendu, au surplus, que cette réalité anatomique n'est pas moins hors de la portée du diagnostic que l'aortite aiguë.

Après cela, quel rôle attribuerons-nous à l'aortite par rapport à la production des divers vices organiques de l'aorte, tels que les ossifications, les concrétions stéatomateuses, etc. ? Quelquefois, je n'hésite pas à le concéder, ce sont là des suites d'inflammation. Mais il n'est pas prouvé du tout que l'inflammation soit dans tous les cas une condition requise pour la production de ces vices organiques ; bien plus, il y a de plus fortes raisons de croire que la production peut s'en opérer quelquefois sans l'intervention préalable de phénomènes inflammatoires.

617. *Histoire particulière d'un cas d'aorto-endocardite aiguë, avec insuffisance des valvules sigmoïdes pour effet principal.* (Cas observé dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Antoine, en 1842, internat de M. Bonnefous). — Jacques Pochelot, carrier, âgé de quarante ans, entre à l'hôpital le 16 avril. Le lendemain matin, jour de ma visite, cet homme, qui dit être malade depuis trois ou quatre jours, m'est annoncé comme atteint d'une bronchite aiguë et grave (bronchite générale). En effet, il est en proie à une fièvre violente ; il tousse et d'une toux pénible et sèche ; la dyspnée est très grande ; à l'auscultation, on rencontre du râle sous-crépitant ou du râle sibilant dans tous les points. Mais de plus, tout en interrogeant le malade, j'ai mes regards frappés de la pulsation visible de ses carotides. Je lui demande s'il connaît chez lui depuis longtemps l'existence de ce phé-

nomène, si ses camarades le lui ont signalé, à lui qui présente la teinte du hâle sur son cou et sur le devant de sa poitrine, et qui a, par conséquent, ces parties habituellement découvertes et exposées pour ainsi dire en spectacle. Il me répond qu'il ne sait rien de tout cela; il aurait même ignoré qu'il avait actuellement dans sa personne un semblable phénomène, si je n'eusse pas attiré son attention là-dessus. Comme cet homme ne possédait qu'un esprit des plus grossiers et des plus apathiques, je fus peu disposé à avoir foi dans sa déclaration négative, et je m'abandonnai à l'idée que le phénomène en question, quoique de date déjà ancienne, avait fort bien pu lui rester inconnu, puisque, présentement même, sans moi, il ne s'en doutait pas encore. Telle fut la pensée qui me préoccupa, d'autant plus que je trouvai chez lui les autres signes de l'insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques, ainsi que ceux d'une hypertrophie du cœur. Or, jusque là je n'avais jamais rencontré ni dans le cours de ma pratique, ni, je crois, dans mes lectures, l'observation d'un cas pareil autrement qu'à titre de maladie chronique, qu'à titre de maladie produite par divers vices organiques des valvules sigmoïdes toujours plus ou moins lents à s'établir, tels que, par exemple, les ossifications. Je posai donc le diagnostic que voici : — Bronchite générale aiguë, greffée sur une affection organique du cœur plus ou moins ancienne (hypertrophie, avec insuffisance des valvules sigmoïdes). D'où il était bien facile de comprendre comment la dyspnée et l'anxiété devaient se montrer plus fortes que ne l'aurait comporté la bronchite toute seule. Mais enfin, il y avait erreur, je le reconnais, j'en suis aujourd'hui convaincu, il y avait erreur en un point; c'était de présumer la préexistence, l'ancienneté de l'insuffisance valvulaire, malgré les dires du malade touchant la robuste et parfaite santé dont il affirmait avoir joui avant la maladie actuelle, et par ce motif seulement que je tenais pour suspecte l'exactitude d'une telle affirmation de la part d'un homme presque stupide.

Quoi qu'il en soit, après deux larges saignées, telles que les indiquait la vigoureuse constitution du malade, après l'emploi des moyens thérapeutiques accessoires, et d'ailleurs fort ordinaires, que je ne veux pas détailler, un mieux sensible a lieu. Plus de fièvre, plus de toux. L'expectoration glaireuse, qui avait succédé à la toux sèche de la première période de la bronchite, cesse peu à peu. L'appétit revient; seulement la dyspnée persiste à un degré assez considérable. Mais le malade, se jugeant guéri, demande son exeat. Il sort le 5 mai, c'est-à-dire vingt-et un jours après son entrée.

Je pronostiquai, bien entendu, que l'insuffisance valvulaire, dont tous les signes persistaient, ne manquerait pas de ramener tôt ou tard de

graves accidens : aussi avais-je engagé Pochelot à revenir dans mon service dès qu'il retomberait malade.

En effet, Pochelot ayant essayé, aussitôt après sa sortie, de reprendre les travaux de son état de carrier, qui exige, il est vrai, de grands efforts, se sent oppressé, sans forces; il éprouve des palpitations. Il rentre donc à l'hôpital le 10 mai, cinq jours seulement après en être sorti. Nous constatons de nouveau l'existence des signes caractéristiques de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte. De plus, symptômes locaux et généraux, propres aux maladies du cœur. Ces symptômes vont s'aggravant sans cesse. Œdème des extrémités. Anasarque. Ascite manifeste. Mort le 11 juin (environ deux mois après l'invasion de la bronchite et de l'aorto-endocardite que l'autopsie démontra, et qui, sans aucun doute, était née en même temps que la bronchite, à en juger par les signes d'insuffisance valvulaire obtenus dès les premières journées de la maladie).

Autopsie. – Cœur incontestablement hypertrophié. On le coupe par le milieu, et l'on voit l'eau versée dans l'aorte s'écouler par le ventricule. Les valvules mitrales sont intactes. L'endocarde est sain partout, sauf aux valvules sigmoïdes aortiques. Celles-ci sont rouges, épaisses et raccourcies comme si elles se fussent retirées vers leur bord adhérent. Au-dessus de ces valvules, la membrane interne de l'aorte est elle-même rouge; elle paraît considérablement épaissie, et rugueuse en raison d'exsudations plastiques, qui se présentent sous une forme très irrégulière et comme ayant été troublées dans leur formation par le choc continuel de l'ondée sanguine. Puis l'épaississement et la rougeur de cette membrane interne s'étendent dans l'aorte jusqu'aux environs du tronc cœliaque.

Ces pièces anatomiques furent montrées par moi à la Société de Médecine de Paris, ainsi que je l'ai déjà dit (616). Quoiqu'ayant séjourné depuis plusieurs jours dans l'alcool, elles furent jugées, de l'aveu à peu près unanime des membres présens à la séance, comme le résultat le plus manifeste d'une inflammation aiguë de l'aorte et des valvules sigmoïdes. On s'accorda pareillement avec moi dans la pensée que les phénomènes d'insuffisance valvulaire avaient été dus à cette inflammation même, et rien qu'à cette inflammation.

ARTICLE XXXVII.

ENCÉPHALITE.

(Modern., — de Ἐγκέφαλος, encéphale.)

618. *Bibliographie.* — Entre l'inflammation de l'encéphale même et celle des méninges qui le recouvrent, il y a, ainsi que nous l'avons

déjà bien reconnu (560), tant de points de contact, voire même, il faut le dire, encore un coup, tant de points de confusion dans l'état actuel de la science, que je dois renvoyer tout d'abord les lecteurs à la bibliographie de la méningite (557), par la même raison que, dans le courant de cet article, je n'aurai, sous une foule de rapports, qu'à les renvoyer à l'histoire de la méningite encéphalique (art. XXXI, § Ier), histoire où, comme de raison, je n'ai pu moins faire que d'anticiper souvent sur celle de l'encéphalite.

Toutefois, il me paraît nécessaire d'ajouter ici, en ce qui touche plus particulièrement à l'encéphalite même, l'indication des auteurs qui suivent.

DUCROS. *Essai sur la céphalite ou inflammation du cerveau.* Th. inaug. Paris, 1812, n° 106.

ROSTAN. *Recherches sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau.* Paris, 1823, 2e édition, in-8°.

ANDRAL. (*Clin. méd.* — t. V.) — Livre II, ordre IIIe, *Observations sur le ramollissement des hémisphères cérébraux* (p. 373-574); — livre III, sect. II, *Observations sur le ramollissement du cervelet* (p. 660-80); — livre III, sect. III, observ. Ire (p. 681-7. — *Kyste rempli de pus, au centre de l'hémisphère gauche du cervelet. Douleur au bas de l'occiput. Paralysie avec contracture des membres droits. Convulsions par intervalles. Intelligence libre.*)

DAVEAU. *Dissertation sur la paralysie générale, observée à Charenton.* Th. inaug. Paris, 1830, n° 79.

LALLEMAND. — (*Recherches anatomico-path. sur l'encéphale et ses dépendances.*) — Voir principalement les lettres I, II, III, IV, V et VI.

CALMEIL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XI. — Art. *Encéphale.*) — § III, *Encéphalite diffuse* (Céphalo-méningite aiguë); — § IV, *Encéphalite locale*; — § V, *Abcès du cerveau.* — (pag. 491-556). — *Ibidem*, — t. XXIII. — Article *Paralysie.*) Pages 133-58, *Paralysie générale des aliénés* (Péri-encéphalo-méningite chronique diffuse).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXXIII, planche 3, *Abcès du cerveau.*

DURAND-FARDEL. *Recherches anatomico-pathologiques sur l'infiltr. sanguine et l'inflamm. aiguë du cerveau.* Thèse inaugurale déjà citée (248).

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium de méd. prat.*, — t. III, p. 263 — 311.) — Article *Encéphalite.*

619. *Nosologie* — A. Synonymes :

α. Au point de vue strict de la seule inflammation du parenchyme encéphalique : *Cephalitis*, de Sauvages (class. III, *Phlegmasiæ*, gen. XIX); Céphalite de Pinel (class. II, genr. XXXVII); — *Sphacelismus*, de Linné, XXXII[e] genre de son *Genera morborum*, ordre des *Maladies phlogistiques parenchymateuses* (voir n° 66), d'après les termes hippocratiques de Σφάκελος et Σφακελισμὸς ἐγκεφάλου (voir l'*OEconomia* de Foës, art. Σφάκελος), lesquels termes, très certainement, servaient à représenter, non pas tant la gangrène, que le ramollissement inflammatoire de l'encéphale, ainsi que beaucoup de nos devanciers, entre autres Amatus Lusitanus (centuria I, curatio IX), les ont effectivement entendus.

β. Sous divers points de vue déjà exposés à propos de la méningite encéphalique : — *Phrenitis* des anciens et de Cullen (561. A. α); Fièvre cérébrale (561. A. γ); Hydrocéphale aiguë ou Maladie cérébrale des enfans (561. A. δ — et ε); Calenture des marins (561. A. ζ).

γ. Sous le point de vue des nosographes symptomatistes, et notamment en ce qui touche aux cas chroniques : Folie, Aliénation mentale, Démence, etc.; — Paralysie générale des aliénés, ou Paralysie générale chronique.

B. Nul doute qu'en théorie, et sous le rapport pur et simple de l'anatomie pathologique, on ne soit rigoureusement en droit de poser autant d'espèces d'encéphalite qu'il y a, dans l'encéphale, de parties distinctes, qui peuvent être, en effet, chacune à leur tour et selon le cas, le siége exclusif des phénomènes inflammatoires. On peut, par exemple, poser d'une part l'inflammation du cerveau, et, d'autre part, celle du cervelet (*Cephalitis cerebelli*, de Sauvages, *gen. cit.*, sp. 8). Bien plus, dans le cerveau proprement dit, on peut très bien distinguer, anatomiquement parlant, l'inflammation du lobe antérieur, celle de la couche optique, celle du corps strié, etc. Pourquoi pas, même, l'inflammation de la glande pituitaire (*Cephalitis Littriana*, de Sauvages, *ibid.*, sp. 5)? L'illustre nosographe de Montpellier avait bien eu la complaisance de consacrer dans son ouvrage cette espèce-là, sur la foi du célèbre anatomiste Littre, qui trouva, dans une autopsie, la glande pituitaire enflammée, dure, rouge, deux fois plus grosse que d'ordinaire, et contenant du pus, et prétendit même assigner à cette inflammation des symptômes caractéristiques. (*Observation sur la gl. pituit. d'un homme.* Dans *Histoire et Mémoires de l'Académie royale des sciences*, année 1707, pag. 125-40). Faut-il remarquer que, dans le livre de Sauvages, au lieu de la glande pituitaire, c'est la glande pinéale qui est accusée, sans doute par un *lapsus calami*, ou plutôt par une faute typographique? Ce n'est donc pas d'hier, on le voit, que datent les vaines prétentions de localisation rigoureuse et de raffinemens diagnostiques en fait de maladies cérébrales. Seulement aujourd'hui ces pré-

tentions se portent sur d'autres points du cerveau, voilà tout. Nos contemporains ne songent guère à la glande pinéale. Mais tel ou tel d'entre eux affirme hardiment que l'inflammation des lobes antérieurs du cerveau a des symptômes caractéristiques et bien tranchés; que celle des couches optiques a les siens, etc. Et pourtant, jusqu'à présent, en bonne conscience, tous les systèmes établis sur quelques faits particuliers dans le but d'assigner une symptomatologie spéciale et caractéristique à l'inflammation de telle ou telle partie de l'encéphale, se sont trouvés faux et de mauvais aloi devant le contrôle d'une observation impartiale et sévère; ils se sont écroulés sous la masse des faits négatifs qui ne tardaient pas de se produire et de s'accumuler de jour en jour. Il semblerait, au moins, que l'inflammation d'une partie aussi distincte, aussi franchement séparée d'avec le reste de l'encéphale que le cervelet, dût constituer une maladie particulière des mieux tranchées, une maladie *sui generis*, avec des symptômes, une marche et des terminaisons qui lui fussent propres. Il n'en est rien cependant, en tant que nous contemplons toutes les données de la science actuelle. Bien entendu que je ne veux point désespérer de la science à venir. Mais jusqu'ici il a été impossible de faire à l'inflammation cérébelleuse sa juste et légitime part dans la sphère de la symptomatologie; tant se montrent disparates, sous le rapport des symptômes, les cas où l'autopsie vient à constater l'existence de cette inflammation! Ainsi, par exemple, lorsque Sauvages posait la *Céphalite du cervelet* en espèce nosographique à part, c'était d'après le fait que voici (fait observé sur la personne d'un soldat, en 1757, par un nommé Privat, médecin à Alais) : — « La » maladie avait commencé par une GRAVE CÉPHALALGIE; ensuite le ma- » lade était tombé dans un ASSOUPISSEMENT CAROTIQUE très profond, » où, gisant en supination, les yeux ouverts et fixes, avec un pouls égal, » fort, et paraissant normal comme la respiration elle-même, avec une » CARPHOLOGIE continuelle, il mourut au bout de cinq jours, à dater » depuis l'invasion de l'assoupissement. A l'ouverture du crâne, on ne » trouva rien autre chose qu'un abcès, de la grandeur d'une aveline, » dans le cervelet. » (Sauv., *loc. cit.*) D'un autre côté, voici une observation d'inflammation et de suppuration du cervelet qui s'est offerte à moi dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe (en 1840, internat de M. Charles Léger), et dans laquelle il n'y eut ni délire ni coma : — Catherine Fossety, âgée de trente-trois ans, entre à notre hôpital le 16 septembre (salle Sainte-Cécile, n° 8). Constitution robuste, menstruation parfaitement régulière. Depuis un temps très long, que la malade ne saurait déterminer, mais qu'elle fait remonter à plusieurs années, il y a une otite de l'oreille gauche : cette oreille-là est sourde, et, de plus, elle est le siége de douleurs continuelles et d'un écoulement

purulent. Tout récemment, Catherine F*** avait été traitée à l'hôpital de la Charité, pour une exacerbation excessive, disait-elle, de ses douleurs d'oreille. Elle était sortie, après avoir obtenu un certain amendement de son mal. Elle réclame de nouveau les secours de l'hôpital, parce que les douleurs sont redevenues depuis quelques jours très aiguës et véritablement intolérables. Ces douleurs ne se font pas sentir seulement dans la région de l'oreille, mais s'étendent jusque dans la région occipitale. Gémissemens continuels. Insomnie opiniâtre. La malade a crié toute la nuit. Lorsqu'elle se lève, comme pour échapper à son mal par le mouvement et l'agitation, elle marche d'un pas très assuré. Elle a, comme on dit, toute sa tête. Point de fièvre. (*Sangsues derrière l'oreille gauche, à plusieurs reprises, et chaque fois en grand nombre; opiacés*, etc.) Les douleurs persistent. Point de délire, point de phénomènes paralytiques ou convulsifs, point de coma. La perte de connaissance n'arrive qu'avec l'agonie. La mort eut lieu le 20 septembre, c'est-à-dire le cinquième jour que la malade était entrée à l'hôpital. *Autopsie cadavérique :* carie du rocher; destruction complète de la cavité tympanique, ainsi que du labyrinthe; nulle trace du limaçon et des canaux demi-circulaires : fusée de pus entre la dure-mère et le rocher, sur la face postérieure de cet os; traînée manifeste d'altérations inflammatoires sur les méninges; dans le lobe gauche du cervelet, très près de la surface extérieure, un abcès de la grosseur environ d'un œuf de pigeon; tout autour de l'abcès, infiltration purulente; la substance cérébelleuse, dans tout le reste de ce lobe, est convertie en une bouillie grisâtre. — Eh bien, en fouillant dans les archives de l'art, et à ne prendre, même, que les observations qui présentent les meilleures garanties d'authenticité, rien de plus facile, assurément, que d'opposer par grandes masses les citations de faits aussi dissemblables entre eux que ceux que je viens de rapporter. Toutefois, l'avouerai-je? je suis fort porté à croire que le véritable type de l'inflammation du cervelet, sous le rapport des symptômes, est dans l'exemple observé par moi, et non dans le cas raconté par Sauvages; je suis fort porté à croire que cette inflammation, par elle-même, ne peut ni causer le délire, ni produire un état comateux ou carotique; et que, si de tels symptômes se sont parfois montrés dans les cas où elle existait, ils étaient dus alors à un ébranlement sympathique du cerveau même, du cerveau proprement dit, si ce n'est même à une inflammation réelle, dont les vestiges anatomiques étaient nuls ou équivoques, ou bien ont été méconnus par l'observateur, tout évidens qu'ils auraient pu être pour un observateur plus instruit ou plus attentif. Mais, après tout, ce n'est là qu'une présomption bien moins fondée sur l'observation clinique et nécroscopique que sur des inductions physiologiques; ce n'est pas là une

thèse qui me paraisse être susceptible d'une démonstration rigoureuse, et avoir le moindre droit d'être posée en dogme classique. En définitive, donc, la seule distinction sur laquelle il faille insister sous le rapport du siége en fait d'encéphalite, la seule qui soit importante dans l'intérêt de la pratique telle que la permettent les données positives de la science, c'est la distinction, d'ailleurs généralement admise, entre l'encéphalite diffuse et l'encéphalite locale : je dis 1° l'*encéphalite diffuse*, laquelle occupe tout ou grande partie de l'encéphale, et notamment des deux hémisphères cérébraux ; 2° l'*encéphalite locale*, qui s'entend d'un foyer d'inflammation plus ou moins étroitement limité dans l'un de ces hémisphères (car il paraît bien constant qu'un foyer isolé d'inflammation dans l'un des lobes du cervelet est un cas rare, relativement à la fréquence des inflammations cérébrales).

C. Les phénomènes que l'encéphalite peut produire à titre de symptômes plus ou moins caractéristiques ne sont autres que ceux-là mêmes que nous avons vus à pareil titre figurer dans la description de la méningite (563. A. et C.). Ce sont la céphalalgie, les troubles et la perte des divers sens, le délire, les paralysies, les convulsions, les contractions tétaniques, et enfin le coma ou le carus. Ces symptômes, au surplus, se présentent, selon les cas, en combinaisons diverses, avec divers modes de manifestation successive, avec ou sans réaction fébrile et autres symptômes généraux, et suivant une marche sur-aiguë, subaiguë ou chronique. Cela dit et reconnu en thèse générale, je crois nécessaire, en outre, d'indiquer particulièrement, entre les diverses formes de maladie qui appartiennent ou sont prétendues appartenir à l'encéphalite, quelques unes des plus ordinaires, et, partant, des plus importantes : c'est là l'objet des propositions qui vont suivre.

α. La *fièvre cérébrale* (561. A. γ. — 563. B. — et 566. A.), — cette maladie terrible, que j'ai déjà signalée à propos de la méningite, et que j'ai particulièrement décrite en tant que maladie des enfans, qui, en effet, lui paient un si large et si pénible tribut, — la fièvre cérébrale, dis-je, n'est dans bon nombre de cas, sans le moindre doute, rien qu'une forme aiguë de l'encéphalite diffuse, rien qu'une encéphalite et pas autre chose, mais une encéphalite qui n'en arrive pas, il faut le dire, jusqu'à produire et à laisser dans le cerveau des empreintes décidément caractéristiques, des empreintes faites pour démontrer incontestablement lors de l'autopsie, par elles-mêmes et sans la considération rétrospective des phénomènes observés sur le vivant, la nature inflammatoire de la maladie. Il y a plus : puisqu'en pareille occurrence la maladie se montre foncièrement la même dans ses symptômes et dans sa marche que lorsque l'autopsie constate l'existence d'une hydrencéphale ou d'une méningite, force est d'en conclure avec Abercrombie (557),

avec Georget (560), et beaucoup d'autres auteurs excellens, que, même dans les cas de cette dernière sorte, l'hydrencéphale et la méningite sont des circonstances accessoires, et que l'inflammation du parenchyme encéphalique constitue le fond principal de la maladie. C'est là une opinion des plus fermement établies dans mon esprit. D'autant plus que, chez quelques sujets où j'avais réussi, à l'aide d'un traitement énergique, à vaincre la violence d'une fièvre cérébrale, où le retour de la raison, la chute de l'appareil fébrile, l'appétit et autres heureux signes semblaient prouver le franc déclin de la maladie et presque la convalescence, j'ai vu ensuite se développer et marcher d'une façon assez rapide cet ensemble symptomatique communément nommé *Paralysie générale des aliénés*, que je vais tout-à-l'heure enregistrer expressément sous une dénomination plus exacte (γ), qui est aujourd'hui unanimement reconnu comme le résultat d'une encéphalite diffuse chronique, et qui, en effet, chez les sujets en question, était, ainsi que l'autopsie le fit voir, liée aux altérations caractéristiques de cette affection. Témoin, entre autres, le fait suivant récemment observé dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe (salle Saint-Antoine, n° 14, année 1843, internat de M. Émile Chauffard) : — Louis-Augustin Lemenne, âgé de vingt-six ans, menuisier, entre à l'hôpital le 16 avril. Il était, disait-il, tombé malade ce jour-là même. Nous avons su depuis, par sa femme, venue d'Orléans, où il l'avait abandonnée, que quelque temps avant l'invasion de cette maladie il s'était dérangé de son train de vie ordinaire, et n'avait cessé de se livrer à la fainéantise, à l'ivrognerie et aux excès de libertinage. Quoi qu'il en soit, les symptômes présentés par Lemenne étaient tels que, le lendemain même de son entrée, le 17 avril au matin, je diagnostiquai une fièvre cérébrale, autrement dit, une encéphalite ou une méningo-encéphalite : diagnostic que, par malheur, l'autopsie n'a que trop bien justifié. Les symptômes principaux étaient, en effet, ceux que voici : décubitus dorsal ; immobilité ; face grippée et presque hippocratique ; pupilles très dilatées ; prostration des forces ; céphalalgie atroce ; cris et gémissemens continuels ; tête ramenée en arrière, avec raideur du cou et même de toute la colonne vertébrale (léger degré d'opisthotonos) ; insomnie ; du reste, ni délire, ni phénomènes de paralysie musculaire, ni perte d'aucun des cinq sens ; pouls rare (55 pulsations par minute), et faible chaleur fébrile. Ce ne fut que le surlendemain, le 18, que se déclara un délire bruyant. Traitement : le 16, saignée de trois palettes, cinquante sangsues à la partie interne des cuisses ; seize décigrammes de calomel, en huit doses, à prendre toutes les deux heures ; le 17, nouvelle saignée de trois palettes, seize décigrammes de calomel ; quatre-vingt-dix grammes de sirop d'extrait gommeux d'opium, à prendre dans

la journée par doses réfractées, comme le calomel; le 18, cent dix sangsues derrière les oreilles, seize décigrammes de calomel, cent vingt grammes de sirop d'opium. Les jours suivans, jusqu'au 23 avril, calomel et opium, suivant le même mode d'administration et aux mêmes doses. Stomatite et salivation à peu près nulles malgré cet énorme emploi du calomel; quelques effets purgatifs. Enfin, le 23 avril, une amélioration notable commença de se montrer dans l'état du malade : plus de délire. Je diminue progressivement la prescription du sirop d'opium; j'accorde des bouillons et des potages. L'amélioration va continuant jusqu'au 10 mai, où le malade mange une portion (nouveau régime alimentaire des hôpitaux de Paris). Le 15 mai, deux portions. Le malade, qui parle raisonnablement, qui se lève et marche, présente toutefois une grande lenteur de compréhension, un extrême affaiblissement de la mémoire, quelques douleurs sourdes dans la tête, une parole pénible et embarrassée, une diminution manifeste de la sensibilité cutanée. Le 30 mai, recrudescence de la céphalalgie; diminution de l'appétit, dévoiement, fièvre, subdelirium. Soixante grammes de sirop d'opium par jour : rien que des bouillons pour nourriture. Le 8 juin, la recrudescence de la maladie s'est apaisée; mais il y a toujours une torpeur considérable de la sensibilité, de l'intelligence et de la mémoire. Un séton à la nuque : une portion. Dès lors, l'état du malade, au lieu de s'améliorer, empire de jour en jour. La fièvre hectique s'établit. L'ouïe devient de plus en dure. La sensibilité, l'intelligence et la contractilité musculaire vont s'affaiblissant davantage. Excrétion involontaire des urines et des matières stercorales. Le 11 juillet, le malade tombe dans le coma. Mort le 16 juillet. — *Autopsie*. Traces évidentes d'une méningite de date déjà un peu ancienne : exsudation fibrineuse déjà concrète et ferme le long de quelques circonvolutions de la partie inférieure et latérale du cerveau, et surtout le long de la scissure de Sylvius. Les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité, environ un verre et demi, avec quelques flocons de pus. Le septum lucidum, la voûte à trois piliers, les couches optiques, les corps striés, en un mot tout le plancher inférieur des ventricules latéraux présentent un ramollissement complet, ramollissement blanc sans injection : on dirait de la bouillie. Aucun autre vice organique dans les autres viscères du corps.

6. Les *convulsions subites de la première enfance* qui surviennent avec perte de connaissance, à l'improviste et sans symptômes cérébraux précurseurs (*Eclampsie* de plusieurs auteurs, d'après Sauvages, class. IV, *Spasmi*, gen. XVIII, *Eclampsia*), convulsions si fréquentes surtout dans les deux premières années de la vie, convulsions qui se présentent tantôt comme seul et unique mal au milieu d'une santé florissante, tantôt à titre de complication dans le cours de quelque affection aiguë

ou chronique, durant si peu de temps, quelques heures, quelques minutes, passant comme un rapide ouragan ou tuant comme un coup de foudre, doivent-elles, comme l'ont pensé certains auteurs, être rattachées à l'encéphalite? En sont-elles une forme suraiguë? Quant à moi, je n'incline guère à partager une telle opinion; non, lors même que le sang est pour beaucoup dans la production du mal, lors même que les émissions sanguines sont le mieux indiquées et le plus efficaces, lors même qu'à l'autopsie le cerveau se trouve très injecté. Il y a là, je crois, dans la plupart des cas du moins, une hyperémie encéphalique (184), et non pas une encéphalite, quoique, après tout, il faut bien l'avouer, la distinction de l'hyperémie sthénique et de l'inflammation soit quelquefois bien difficile, j'allais dire impossible à établir rigoureusement, et repose sur des nuances que le praticien sent jusqu'à un certain point, mais que le théoricien ne peut définir d'une façon absolue.

γ. Un mot, maintenant, de la *paralysie générale progressive*. Ainsi proposerai-je de nommer la maladie qu'on a coutume de désigner sous les termes plus ou moins impropres de *paralysie générale de Charenton*, *paralysie générale des aliénés*, *paralysie générale chronique*. Paralysie de Charenton : car la maison de Charenton fut le vaste champ d'observation où, dans les commencemens de notre siècle, Esquirol eut le mérite de constater et de proclamer, à titre d'espèce nosographique bien et dûment distincte, cette maladie jusque là passée sous silence par les auteurs, et, sans doute aussi, restée méconnue par les praticiens. Mais est-ce donc à dire que la maladie en question soit, sinon confinée dans une étroite localité, du moins beaucoup plus fréquente là qu'ailleurs? Pas le moins du monde. Loin de là, elle est de tous les pays, quoiqu'elle soit, à ce qu'il paraît, plus fréquente dans le nord de la France, en Angleterre, en Allemagne et autres latitudes septentrionales, que dans le midi de l'Europe. Paralysie générale des aliénés : car c'est chez des sujets qui étaient ou avaient été atteints d'aliénation mentale, que l'on voit le plus communément cette maladie se développer. Mais, quelquefois, on la voit aussi faire invasion chez des personnes jusque là saines d'esprit, et n'aboutir à la démence confirmée que plus ou moins tard, ainsi que j'ai eu, il n'y a pas longtemps encore, la bien triste occasion de l'observer sur la personne d'un de mes amis, M. Amédée D***, qui en plein âge viril, à quarante ans à peine, fut d'abord frappé d'un affaiblissement progressif des forces musculaires; puis, dans un laps de trois années environ, par une dégradation successive, conduit de là à la démence, et de la démence à la mort. Paralysie générale chronique : car, d'ordinaire, elle met des années à parcourir toutes ses phases. Mais, quelquefois aussi, pourtant, elle a une marche rapide, qui n'excède que peu ou point le maximum assigné à la durée des ma-

ladies aiguës (52); citons pour exemple, le cas sus-mentionné du nommé Lemenne (α). Quoi qu'il en soit, encore un coup, avec ou sans manie prodromique, voici comment se dessine, comment marche la paralysie générale progressive. En règle générale, les premiers signes de l'affaiblissement de la contractilité musculaire consistent dans un certain embarras, une certaine lenteur, une certaine altération de la prononciation ; et cela n'a rien que de fort naturel, tant la parole exige de prestesse et de précision dans les mouvemens de la langue et des lèvres. Puis, les membres abdominaux commencent à ployer sous le poids du corps dans leur pénible tâche de station et de marche. Puis, à mesure que la prononciation devient de plus en plus lente et confuse, à mesure que les jambes faiblissent, jusqu'à refuser leur office, les bras et les mains se montrent, à leur tour aussi, frappés d'inertie, sentent leur agilité et leur force s'amoindrir. La paralysie de l'appareil musculaire va se prononçant de plus en plus. En même temps la sensibilité tactile s'engourdit ; les sens spéciaux, l'ouïe surtout, perdent aussi de leur énergie, et peuvent même en venir parfois jusqu'à s'éteindre tout-à-fait. Dès la première période de la maladie, les facultés viriles ne tardent pas d'être atteintes, et de tomber dans une impuissance complète. Par le progrès du mal, le rectum et la vessie participent à la paralysie : de là, d'une part, une opiniâtre constipation, ou bien la sordide incommodité de selles involontaires ; et d'autre part, l'ischurie (46. F. ζ.) et la nécessité de recourir quotidiennement au cathétérisme, ou bien, au contraire, un écoulement involontaire et continuel des urines. Au milieu de tout cela, l'intelligence baisse, la mémoire décline et s'abolit ; en un mot, la démence vient, ou comme premier dérangement de l'état mental, ou comme transformation de la manie, si tant est que le sujet frappé de la paralysie en question soit déjà maniaque. Enfin, les fonctions digestives, après être demeurées longtemps intactes en présence de cette profonde perturbation de la vie animale, se troublent aussi ; la fièvre hectique se déclare ; le marasme consume peu à peu l'économie ; les parties sur lesquelles le corps reste appuyé, comme la région sacro-coccygienne, les talons, etc., deviennent le siége de profondes escarres, auxquelles prélude, comme de raison, un érythème paratrime (316. C.) : bref, la mort est l'immanquable dénouement de la paralysie générale progressive.

δ. Pour ce qui est de l'*aliénation mentale*, il résulte de ce qui précède (α et γ) que, dans bien des cas, elle est l'effet de l'encéphalite. Est-ce à dire qu'il en soit toujours ainsi ? Question ajournée, comme je l'ai déjà fait à l'égard de la méningite (563. C.), et réservée pour la *Nosographie symptomatique*, où je présenterai *ex professo* l'histoire des formes principales de l'aliénation mentale.

ε. Les *phénomènes de paralysie et de contraction convulsive ou tétanique dans l'une des moitiés latérales du corps* sont quelquefois l'effet d'une encéphalite locale, d'une encéphalite plus ou moins étroitement circonscrite dans l'hémisphère cérébral du côté opposé à celui où lesdits symptômes se manifestent.

D. En ce qui touche, maintenant, à l'anatomie pathologique, il est clair d'abord que dans un certain nombre de cas cette branche de l'observation médicale suffit seule et par elle-même pour établir la réalité de l'encéphalite. C'est lorsque la substance encéphalique se trouve, dans un espace plus ou moins étendu, infiltrée manifestement de pus, ou qu'elle est le siége d'un abcès; car, là où il y a formation de pus, là l'existence d'une inflammation est à l'abri de toute contradiction (276. — et 281. C.). Notons que les abcès de l'encéphale, qui, d'ailleurs, offrent, comme de raison, maintes variétés de volume, et qui peuvent être gros comme un œuf de pigeon, comme un œuf d'oie et même davantage, se présentent d'ordinaire, lorsqu'ils existent depuis un certain temps, sous les apparences d'un kyste, constitué par une pseudo-membrane qui a fini par s'organiser, par se sillonner de vaisseaux en tous sens et par former des parois très consistantes, de un à trois millimètres environ d'épaisseur; généralement aussi, tout autour de l'abcès, la substance nerveuse est ramollie, convertie en une sorte de bouillie. Mais la suppuration n'est pas, ne peut pas être dans tous les cas, pas même dans la majorité des cas, le résultat de l'inflammation du parenchyme encéphalique, — non, certes, pas plus là que dans les autres tissus de l'économie animale. Eh bien, est-ce donc à dire qne nous nierons l'existence de l'encéphalite partout où les altérations anatomiques sont par elles-mêmes insuffisantes pour caractériser cette maladie? Non, cent fois non. Loin de là: nous appellerons à notre aide la considération des symptômes qui ont eu lieu sur le vivant; nous mettrons, par exemple, en ligne de compte les symptômes généraux qui étaient les indices à peu près certains d'une inflammation quelconque (280. D.); nous mettrons en ligne de compte la couenne des saignées, ou, pour parler plus exactement, la surfibrination du sang, ce qu'on doit regarder, suivant toute apparence, comme un signe pathognomique (284. C.); bref, nous apprécierons toutes les circonstances qui, dans le cas donné, militent pour l'hypothèse d'une encéphalite, et peuvent la faire accueillir à titre de vérité démontrée, ou peu s'en faut. Ainsi donc, après une fièvre cérébrale, après cet ensemble symptomatique de nature si évidemment inflammatoire et à la suite duquel, tant de fois, l'autopsie constate les altérations les plus manifestement caractéristiques d'une méningite, lorsque nous rencontrons en pareil cas un ramollissement du parenchyme encéphalique, soit ramollissement rouge, ou ramollissement avec injec-

tion, soit ramollissement blanc, ramollissement purement crémeux et pultacé, et d'où, en un mot, toute trace d'hyperémie a disparu, qui est-ce qui peut songer à mettre en doute que ce ramollissement ne soit là un résultat évident, un caractère positif de l'encéphalite? N'en est-il pas de même encore lorsque ce vice anatomique se trouve exister à l'autopsie des sujets chez lesquels la fièvre cérébrale a fini par tourner, comme chez le nommé Lemenne (C. α.), en une paralysie générale progressive? Et, pour mon compte, l'avouerai-je? il me paraît fort légitime de prétendre, et par analogie spéciale avec les cas incontestables d'encéphalite qui viennent d'être signalés, et par analogie générale avec les divers ramollissemens qui, dans d'autres organes que l'encéphale, sont un des effets les plus ordinaires de l'inflammation (283), que le ramollissement du parenchyme encéphalique doit toujours être considéré comme une altération phlegmasique, sauf, bien entendu, les cas où il n'est évidemment rien autre chose qu'un phénomène cadavérique, rien qu'un phénomène dû à la putréfaction, — et qui, par conséquent, n'est jamais circonscrit dans une portion de l'encéphale, comme c'est la règle en fait d'encéphalite, — ne se présente jamais, par exemple, à titre de ramollissement partiel dans un seul hémisphère, dans un seul lobe, ni à titre de ramollissement superficiel généralisé, ou de ramollissement des circonvolutions, — mais, au contraire, affecte la masse entière du viscère. C'est là l'opinion que M. Durand-Fardel (618) a embrassée touchant la nature des ramollissemens pathologiques de l'encéphale, et qu'il a soutenue et développée avec autant de talent que de savoir : je renvoie donc à cet auteur ceux qui veulent approfondir la thèse en question. Après cela, s'il nous est permis de considérer ces ramollissemens encéphaliques évidemment non cadavériques, même les ramollissemens blancs, parfaitement blancs, comme une preuve à elle seule très forte, sinon absolue et pour ainsi dire pathognomonique, de l'inflammation, nous n'en dirons pas autant, par exemple, des seuls phénomènes d'injection sanguine, ou même de rougeur uniforme, sans ramollissement, en un mot, des cas où l'autopsie ne peut constater rien autre chose que l'afflux extraordinaire ou l'extravasation du sang dans le parenchyme encéphalique. En pareille circonstance, effectivement, ce n'est point assez des données nécroscopiques pour trancher la question de savoir si l'on a devant les yeux une encéphalite plutôt qu'une simple hyperémie encéphalique (186), ou que la troisième variété, la variété γ, de l'hémorragie intra-encéphalique par infiltration (261. B. γ.); nous n'avons point alors le droit de rien conclure sans la considération rétrospective des données symptomatologiques, et encore faut-il avouer que, même avec celles-ci, il y a bien des cas où la question susdite doit rester un problème insoluble pour les observateurs les plus expérimentés et les plus sagaces. Enfin, il me

semble nécessaire et véritablement rationnel d'admettre qu'en fait d'encéphalite, et surtout d'encéphalite suraiguë, l'anatomie pathologique n'est pas seulement condamnée à montrer fort souvent une regrettable insuffisance, mais peut même rester entièrement muette. Je m'explique : ainsi, par exemple, lorsqu'après une fièvre cérébrale des mieux caractérisées, des plus franchement dessinées, l'autopsie ne découvre rien d'anomal, absolument rien, pas même le moindre vestige d'hyperémie, pas le moindre vestige, encore un coup, d'un des phénomènes les plus essentiels de l'inflammation, est-ce une raison d'admettre qu'il y ait eu là une tout autre maladie que lorsque le cadavre contient telles ou telles empreintes d'un travail inflammatoire ? En vérité, je ne pourrais le croire. Qu'y a-t-il donc d'impossible à ce que l'hyperémie inflammatoire, qui, dans son principe surtout, est au fond un phénomène plutôt physiologique qu'anatomique, plutôt dynamique que statique, plutôt vital que purement organique, se soit complétement évanoui avec la vie? N'est-ce pas un point incontestable de l'anatomie pathologique des inflammations, que l'absence de rougeur n'est pas une négation absolue de l'état inflammatoire (279. A.)? Et, surtout à l'égard d'un viscère aussi important, aussi délicat que l'encéphale, qu'y a-t-il d'incroyable, qu'y a-t-il d'inadmissible à dire que là, plus souvent sans doute que ne l'imaginent tant de gens qui ne savent rien voir par la pensée là où leurs yeux ne voient rien, l'inflammation, pour produire les symptômes les plus terribles, et pour porter un coup mortel, n'a pas besoin d'en venir à dépasser les limites des phénomènes susceptibles de disparaître avec le dernier souffle de la vie, et à produire des altérations dont les traces soient permanentes et puissent être constatées par l'autopsie? Encore une remarque, et c'est la dernière, pour compléter ce rapide aperçu de l'anatomie pathologique de l'encéphalite : c'est qu'on a signalé, dans quelques autopsies faites à la suite de ces fièvres cérébrales, que désormais nous devons regarder comme autant d'encéphalites aiguës, une augmentation de volume, une exubérance du cerveau, qui faisait hernie, pour ainsi dire, aussitôt qu'on incisait la dure-mère; en pareil cas, assure-t-on, les circonvolutions sont aplaties, comme tassées entre elles, et les anfractuosités moins apparentes, et tout cela sans qu'il y ait un épanchement qui distende à l'excès les ventricules. Entre autres exemples de cette sorte, nous pouvons citer une observation habilement recueillie par M. Deslandes, et qui se trouve consignée dans la *Nouvelle bibliothèque médicale* (année 1824, t. IV, p. 338-46).

E. Ce qu'il y a de très certain, c'est la fréquente coexistence de la méningite avec l'encéphalite. A tel point que, en fait de diagnostic, la chance d'erreur serait moindre, ou la chance de parfaite exactitude serait bien plus grande, si l'on prenait pour règle de dire « méningo-

encéphalite, » — plutôt que de dire « méningite » ou bien « encéphalite » tout court, comme c'est partout l'usage aujourd'hui.

620. *Etiologie.* — Voyez d'abord, cela va sans dire, l'étiologie générale des inflammations (287). Puis, en ce qui touche particulièrement 1° à la déplorable primauté de l'enfance comme cause prédisposante dans la statistique des fièvres cérébrales, 2° à la désignation spéciale des causes occasionnelles et déterminantes qui ont les principaux rôles dans la production des encéphalites de quelque forme que ce soit, il n'y aurait qu'à répéter tout ce que j'ai dit dans l'étiologie de la méningite encéphalique (565), si ce n'est qu'il faut exclure ici la métastase rhumatismale, qui, à ce qu'il semble, appartient uniquement à la méningite, ou du moins, en tout cas, doit toujours y appartenir protopathiquement, en vertu de la loi de sympathie pathologique entre les membranes séreuses et les synoviales (563. E.).

621. *Diagnostic.* — Inutile de revenir sur les incertitudes et les obscurités que j'ai déjà signalées à propos de la méningite encéphalique (566), et qui, notamment même, ne laissent pas que d'entourer cette forme d'encéphalite, ou mieux, de méningo-encéphalite aiguë que l'on nomme fièvre cérébrale. (566. A.)

622. *Thérapeutique.* — Peu importe ici, il faut le dire, qu'il soit fort difficile, et à peu près impossible, de distinguer l'une de l'autre, au lit du malade, la méningite encéphalique et l'encéphalite même ; car le traitement de celle-ci ne saurait être, quant à présent du moins, autre que le traitement de celle-là (568). Il doit consister dans l'emploi des mêmes moyens et obéir aux mêmes indications. Émissions sanguines ; réfrigération du crâne ; médication révulsive ; hydrargyrose ; opium à haute dose.

ARTICLE XXXVIII.

MYÉLITE.

(Auteurs contemporains. De Μυελός, moelle, — et particulièrement, moelle épinière. — Μυελὸς ῥαχίτης ou νωτιαῖος, — littéralement, moelle rachidienne ou dorsale.)

623. *Bibliographie.* — CLOT (aujourd'hui, Clot-Bey). *Recherches et observations pathologiques sur le spinitis.* Thès. inaug. Montpellier, 1820, n° 54.

FRAISSEIX. *Dissertation sur la myélite.* Th. inaug. Paris, 1830, n° 233.

CONSTANTIN. *De la myélite.* Th. inaug. Paris, 1836, n° 55.

OLLIVIER (d'Angers). — (*Tr. des mal. de la moelle épin.*) — T. II, chap. VIII, *Myélite.*

CALMEIL. — (Dans le *Répert. gén. des sc. méd.*, — t. XX.)— Article *Moelle épinière* (*maladies de la*), § III , *Des malad. de la m. ép. en particulier :* XIV, *Du ramollissement de la m. ép.* (*Myélite* de beaucoup de pathologistes) ; — XV, *De l'hydropisie centrale avec résorption partielle de la substance de la m. spinale* (variété de myélite chronique) ; — XVI, *De l'induration de la m. ép.* (*Myélite chronique* de quelques auteurs.) —Pag. 112-26.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. Ier, p. 674-87). Ire classe, chap. XXIV, *Ramollissement de la moelle* (Myélite).

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium,* t. VI, p. 142-54.) — Art. *Myélite.*

624. *Nosologie.* — A. Synonymes : — Spinitis ou Spinite (terme justement abandonné ; terme de forme hybride , et, d'ailleurs , de signification assez vague dans sa valeur intrinsèque) ; — *Notiœomyelitis* de quelques médecins allemands ; — *Rachialgitis*, de Joseph Frank , qui comprend sous ce seul et même terme et la myélite et notre méningite rachidienne (voir plus haut, art. XXXI, § II), si difficile, en effet, nous l'avouons volontiers, à distinguer de la myélite sous le point de vue symptomatologique.

B. La myélite peut être générale ou partielle. C'est ce que la théorie prévoit, et ce que démontre l'observation, tant par l'appréciation des symptômes que par le fait des altérations nécroscopiques. Le plus ordinairement, la myélite n'est générale qu'après avoir été partielle. Le plus ordinairement aussi, c'est sur le renflement lombaire ou sur le renflement cervical de la moelle qu'elle frappe et sévit, à en juger du moins par la fréquence relative des ramollissemens qu'on observe dans ces deux portions de l'axe nerveux , toutes deux , comme on sait , si abondamment pourvues de substance grise. Aussi me paraît-il tout-à-fait rationnel de croire et de professer, avec M. Ollivier (d'Angers), que la substance grise , par cela même qu'elle est éminemment vasculaire , est toujours le siége primitif, le point de départ des phénomènes inflammatoires, qui de là se propagent ensuite jusqu'à la substance blanche.

C. Voici , maintenant , d'une façon sommaire et générale , les divers symptômes qui , selon les cas , peuvent se produire dans la myélite à titre de symptômes spéciaux , à titre de symptômes plus ou moins caractéristiques :

α. En ce qui touche aux *troubles de sensibilité ,* nous signalerons : 1° la rachialgie, c'est-à-dire une douleur plus ou moins forte , plus ou moins profonde, qui se fait sentir, soit seulement dans une partie du

rachis, celle-là même où l'inflammation a son siége, soit tout le long de cette colonne osseuse; qui bien des fois accompagne les autres symptômes dès leur début, quelquefois même les précède tous, mais dans d'autres cas, il faut le dire, manque complétement; qui, lorsqu'elle existe, s'exaspère ordinairement par la pression que l'observateur vient à exercer avec une certaine force sur les apophyses épineuses, s'exaspère quelquefois aussi, mais bien moins constamment, par les mouvemens du tronc, par les déplacemens, les changemens de position et de décubitus, que le malade peut encore exécuter de lui-même, ou qui ne peuvent plus s'accomplir qu'à l'aide des bras d'autrui; 2° l'engourdissement, qui commence par le bout des doigts ou des orteils, pour envahir ensuite, par une marche progressivement ascendante, tout ou partie du membre, le plus ordinairement avec des fourmillemens, rarement avec une sensation de prurit; 3° quelquefois, au contraire, mais à titre de cas très rare, l'exaltation de la sensibilité tactile, à tel point que le choc le plus léger puisse déterminer la douleur la plus vive, à tel point que le poids des couvertures, et même d'un simple drap de lit, devienne intolérable; 4° enfin, l'anesthésie, le défaut absolu de sentiment, dans un ou plusieurs membres, et même, aussi, dans toute l'étendue du torse; et cela très rarement à titre de symptôme subit et survenu d'emblée, mais, en règle générale, après une diminution progressive de la sensibilité, soit que cette faculté ait éprouvé dès le début un affaiblissement plus ou moins remarquable, soit qu'elle ait présenté préalablement une phase d'exaltation douloureuse.

ϵ. En ce qui touche aux *troubles de contractilité musculaire*, il faut accuser: 1° avant tout, et à titre de symptôme des plus constans et des plus essentiels, la paralysie d'un ou plusieurs membres, — qui s'établit, soit à la suite d'un affaiblissement progressif, soit tout d'un coup et d'emblée; qui, ainsi que la perte de la sensibilité, débute par l'extrémité des membres, et va se propageant de bas en haut; et qui, encore une fois, ainsi que la perte de la sensibilité, frappe le plus ordinairement les deux membres abdominaux ensemble (paraplégie), mais quelquefois aussi, dans certaines myélites partielles très étroitement circonscrites, peut se trouver bornée à un seul membre abdominal, ou bien frapper les membres thoraciques, et rien que ces deux membres-là, ou même l'un des deux seulement; 2° les convulsions, partielles ou générales, quelquefois en véritable forme d'épilepsie, qui surviennent tantôt à titre de symptôme primitif, tantôt, mais plus rarement, à titre de symptôme consécutif et en pleine paralysie; 3° les contractions tétaniques, — elles aussi, partielles ou générales, — elles aussi, tantôt primitives, tantôt consécutives, — se produisant, par exemple, assez fréquemment sous forme d'opisthotonos; 4° la paralysie du rectum

et de la vessie, et de là la constipation et l'ischurie, ces accompagnemens ordinaires de la paraplégie; 5° enfin, la dyspnée suffocante, et l'apnée, lorsque la myélite atteint précisément les points d'où émergent les nerfs destinés à animer les muscles respirateurs.

γ. La *coexistence de ces deux ordres de symptômes*, troubles de sensibilité et troubles de contractilité musculaire, dans les mêmes régions du corps, dans la même étendue ou peu s'en faut, par suite d'une invasion simultanée ou à peu près telle, voilà la règle. Leur existence isolée est bien aussi un fait, mais un fait exceptionnel. Toujours est-il, enfin, qu'on voit tantôt la paralysie du mouvement exister sans celle du sentiment, tantôt, ce qui est plus rare, l'anesthésie exister toute seule. Cela tient-il alors à ce que, pour le premier cas, la myélite ait son siége uniquement dans la partie antérieure de la moelle, et, pour le second cas, dans la partie postérieure, conformément à la doctrine de M. Magendie, et des autres physiologistes qui affirment avoir réussi, dans leurs vivisections, à paralyser la sensibilité seule en coupant les racines postérieures des nerfs rachidiens, à paralyser les mouvemens, et rien que les mouvemens, en coupant les racines antérieures de ces mêmes nerfs?

δ. Une *diminution sensible de la chaleur animale* est un phénomène constant dans les parties paralysées.

ε. La *cessation plus ou moins complète de la transpiration* est aussi un des phénomènes qui se montrent propres à ces parties-là.

D. Insistons maintenant un peu, en particulier, sur la diversité des régions où les symptômes se produisent, suivant le siége précis que les phénomènes inflammatoires occupent dans la longueur de la moelle. Et d'abord, un fait certain et unanimement admis, c'est que, dans les cas, fort rares d'ailleurs, où les symptômes spéciaux ci-dessus mentionnés ne se manifestent que sur l'une des moitiés latérales du corps, la myélite n'occupe qu'un seul côté de la moelle, et le côté même qui appartient à cette moitié du corps; c'est le contraire de ce qui a lieu pour les affections cérébrales, où, comme on sait, l'hémiplégie et autres symptômes unilatéraux sont sous la dépendance de l'hémisphère cérébral du côté opposé. Après cela, lorsque, ce qui est le cas le plus commun, une myélite partielle intéresse, là où elle a son siége, toute l'épaisseur de la moelle, il se peut fort bien que dans le principe, et tant que les altérations inflammatoires de la substance nerveuse ne dépassent pas un certain degré, le coup porté à la sensibilité et à la contractilité musculaire soit circonscrit dans les limites mêmes où se distribuent les nerfs qui émergent de la partie enflammée : mais le plus généralement, aussitôt ou peu après l'invasion de la maladie, les altérations de la partie enflammée deviennent, sans doute, telles qu'elles y abolissent toute aptitude à la transmission de l'influx nerveux, et que, par conséquent,

tout le reste de la moelle au-dessous de l'inflammation, même avec persistance de la texture normale, n'en est pas moins frappé d'inertie, de sorte que le malade se trouve paralysé de toute la partie inférieure du corps, à partir de la sphère d'action qui correspond à la portion de moelle enflammée. N'oublions pas, au surplus, de noter que la rachialgie, lorsqu'elle existe, est bien aussi un symptôme fait pour caractériser le siége précis de la myélite, selon, par exemple, qu'elle se fait sentir à la nuque, au dos ou aux lombes. — Cela posé, indiquons en peu de mots les traits symptomatiques qui appartiennent spécialement à chacune des trois variétés principales de myélite que voici, et qui sont prises au point de vue des trois grandes régions de la colonne vertébrale.

α. Pour la *myélite cervicale.*— Douleur à la nuque et tout le long du cou. Engourdissement et fourmillement, d'abord dans les doigts, puis dans toute la main, puis dans l'avant-bras, puis dans le bras. — Raideur tétanique du cou, qui se tient renversé en arrière. — Membres supérieurs paralysés: quelquefois atteints de contractions tétaniques, ou bien de convulsions. — Dans certains cas, dysphagie, au point même, parfois, d'en venir jusqu'au refus, jusqu'à l'horreur de toute boisson, jusqu'à une sorte d'hydrophobie, dans le sens propre et étymologique du mot, et de produire ainsi les apparences de la rage. — Plus généralement, dyspnée, par suite de la paralysie du diaphragme, le nerf phrénique étant, comme on sait, une branche du plexus cervical; puis, par le progrès du mal, suffocation, apnée complète et mort.

β. Pour la *myélite dorsale.*—Rachialgie bornée au dos.—Contractions tétaniques ou secousses convulsives, se produisant uniquement dans le torse, qui se renverse et se courbe en forme d'arc, tantôt en arrière (opisthotonos), tantôt en avant (emprosthotonos), tantôt de côté (pleurothotonos). Dans ce dernier cas, qui d'ailleurs est si rare, n'y a-t-il pas lieu de croire, à ce qu'il me semble du moins, que la myélite sévit exclusivement ou principalement sur un seul côté de la moelle? C'est là une idée que je laisse échapper, qui me paraît très fondée, mais qu'il appartient aux observations nécroscopiques de vérifier quand l'occasion s'en présentera. — Ici encore, dyspnée plus ou moins forte, — non par la paralysie du diaphragme, qui, au contraire, reste seul ou à peu près seul chargé d'accomplir la respiration, — mais bien parce que la myélite dorsale tarit les sources de l'innervation pour tous les autres mucles du thorax. — Quelquefois, dit-on, il y a perturbation des mouvemens du cœur, palpitations violentes, imminence de syncope, voire même syncopes répétées.

γ. Pour la *myélite lombaire.* — Douleurs plus ou moins vives vers la première ou les deux premières vertèbres des lombes. — Le plus ordinairement, simple paraplégie, avec constipation et ischurie; parfois,

au contraire, avec incontinence d'urine, comme aussi avec selles involontaires et inaperçues. Dans certains cas, phénomènes convulsifs ou tétaniques dans les membres inférieurs. — Généralement, chez les personnes du sexe, aménorrhée pendant toute la durée de la maladie. En cas de grossesse à terme, il y a souvent, mais non pas toujours, inertie absolue de l'utérus, et, par conséquent, impossibilité d'accoucher par les seules forces de la nature.

E. La myélite peut avoir une marche aiguë ou chronique.

α. La *myélite aiguë* est généralement accompagnée de symptômes généraux qui constituent une sorte de fièvre inflammatoire (280. D.). Elle peut être suraiguë, ne durer que cinq à six jours, voire même vingt-quatre ou trente-six heures seulement; alors elle est toujours mortelle. Elle est pourtant susceptible de se terminer par une complète résolution; mais ce n'est guère qu'après un mois de durée ou davantage.

β. La *myélite chronique* met plusieurs mois, plusieurs années même, à parcourir toutes ses périodes. Elle peut préluder très longtemps par les fourmillemens, par l'engourdissement et la paresse des membres, avant que survienne une véritable paralysie. Ce qu'il importe, après cela, de remarquer, c'est que fort souvent il s'opère peu à peu dans les membres paralysés une rétraction (46. C.) qu'il est impossible d'empêcher, et qui fait, par exemple, que les doigts deviennent et restent crochus, recourbés sur eux-mêmes et contre la paume de la main; que les orteils, pareillement, se trouvent repliés et comme recroquevillés dans un état de flexion excessive et permanente; que le pied demeure forcément étendu, et presque en alignement avec la jambe, etc. Quoi qu'il en soit, pour ne pas parler de la chance si rare et si exceptionnelle d'une complète guérison, deux chances, en règle générale, existent pour les malheureux paralytiques qui sont tels par le fait de la myélite chronique : l'une, de dépérir plus ou moins lentement, mais d'une façon incessante, et de mettre, par exemple, un ou deux ans, trois ou quatre tout au plus, à parvenir au dernier terme de la fièvre hectique, à mourir dans un marasme extrême, avec diarrhée colliquative, escarres au sacrum, etc.; l'autre, bien moins funeste, de vivre indéfiniment, vingt ans même ou davantage, avec leur mal devenu stationnaire, ou pour mieux dire, passé désormais à l'état d'infirmité proprement dite (26).

F. Quant aux altérations nécroscopiques qui, suivant le cas, sont ou paraissent être liées à la myélite, voici ce qu'il importe d'en dire.

α. L'*état hyperémique de la moelle*, voilà, d'abord, à peu près tout ce qu'il y a d'appréciable dans une première période du molimen inflammatoire, celle qu'on pourrait nommer période d'irritation, ou

mieux, période d'inflammation proprement dite, et dans laquelle la complète résolution des tissus enflammés, leur retour à l'état naturel, est encore chose possible. La substance nerveuse est alors injectée, ruisselante de sang sous le scalpel qui vient à l'inciser, voire même toute rouge, en nuances variables, depuis la teinte rosée jusqu'au pourpre le plus foncé. Quelquefois, en outre, elle offre un léger endurcissement, et dans certains cas une augmentation de volume très évidente : dernier caractère qui ne peut jamais se montrer dans le cerveau qu'à titre d'exubérance plus ou moins douteuse lors de l'incision de la dure-mère (619. D.), laquelle membrane, effectivement, enserre et contient, comme on sait, le viscère avec une exactitude à peu près parfaite, et ne lui permet guère d'augmenter de volume, tandis qu'au contraire la moelle épinière, libre et flottante qu'elle est dans l'espace assez large qui existe entre elle et la dure-mère rachidienne, n'a rien qui fasse obstacle à son expansion.

6. Le *ramollissement de la moelle* est un effet assez commun de la myélite, et constitue une période de désorganisation. Il présente des degrés variés, depuis une faible et douteuse diminution de consistance normale jusqu'à l'état semi-liquide, l'état de bouillie ou de crème. Tantôt la partie ramollie a une couleur rosée, rouge, pourpre, lie de vin, etc., ce qui tient à la présence du sang ; tantôt elle est d'un blanc jaunâtre ou verdâtre : ce qui, sans doute, ainsi que le professent plusieurs pathologistes, peut fort bien être l'effet d'une infiltration de pus, mais peut fort bien aussi, cela me semble encore plus évident, n'accuser rien autre chose que les dernières traces d'un sang, amassé d'abord par l'inflammation ou par une hémorragie, puis entré en voie de résorption. D'autres fois, enfin, ce ramollissement est tout-à-fait blanc. Et si, fort souvent, en pareil cas, l'injection et la rougeur de la moelle autour du ramollissement et les altérations évidemment phlegmasiques de la dure-mère ne permettent pas de douter que ce ramollissement ne soit alors un résultat d'inflammation, en est-il donc toujours ainsi ? Ici, l'avouerai-je, aussi bien et même plus fortement encore qu'à l'égard de l'encéphale (619. D.), je penche à me ranger du nombre de ceux qui considèrent les ramollissemens incolores de la moelle épinière comme étant, en règle très générale, peut-être même universelle, le vestige d'un travail inflammatoire,—toujours, bien entendu, en se gardant de méconnaître le ramollissement cadavérique et d'y voir un phénomène pathologique.

7. L'*induration de la moelle*, voilà encore un vice anatomique que, selon beaucoup de pathologistes, il faut encore attribuer à la myélite. Et, en effet, cela n'a rien que de conforme avec l'une des lois générales de la terminaison des inflammations (281. E.). S'il en est réellement

ainsi, ce résultat doit particulièrement avoir lieu dans les cas où la myélite marche d'une façon lente ou du moins suraiguë. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de certain, c'est que la substance de la moelle peut acquérir une consistance égale à celle du blanc d'œuf durci par la chaleur : parfois même, elle devient tellement dure qu'il est impossible de l'écraser entre les doigts.

625. *Etiologie.*—(287.) — Après avoir accusé les chutes à la renverse, les coups violens sur le rachis, les maladies des vertèbres, telles que la carie, le mal de Pott, etc., les tubercules et autres productions hétérologues dans la moelle épinière et dans les méninges, que reste-t-il encore à noter de particulier, si ce n'est, peut-être, les grandes et continuelles pertes de sperme, les excès de coït et de masturbation ?

626. *Diagnostic.*—Au lit du malade, ne prétendons pas distinguer entre elle la méningite rachidienne et la myélite ; non, pas plus que nous ne pouvons distinguer la méningite encéphalique et l'encéphalite : ne prétendons pas, encore un coup, les distinguer sur le vivant, autrement que par une sorte de divination, où l'on ne saurait se flatter de réussir que bien rarement, et où il n'est même permis de s'engager que sur la foi de circonstances toutes particulières, dans le détail desquelles une pathologie élémentaire ne peut pas descendre. A cet égard, en vérité, point de règles vraiment scientifiques à poser. Tout au plus, je le répète, laisserons-nous aux hommes d'une expérience consommée et d'une rare sagacité l'espérance de deviner juste quelquefois.

C'est déjà pour le clinicien une tâche assez difficile, assez lourde et sous laquelle on est fort excusable de broncher plus d'une fois, que celle de distinguer les inflammations de la moelle épinière et de ses méninges, myélite, méningite rachidienne, ou méningo-myélite, d'avec l'hémorragie intrà-rachidienne, maladie que nous avons reconnue et envisagée plus haut (264), ou bien d'avec le tétanos, d'avec la paralysie saturnine, d'avec certaines convulsions hystériques, etc., toutes maladies que nous étudierons en temps et lieu dans la suite de cet ouvrage.

627. *Thérapeutique.*—Mêmes prescriptions que pour la méningite rachidienne (570). – Quant aux médicamens strychniques (132. G. §.), l'emploi n'en est point opportun, ni même, ce me semble, exempt de péril, tant qu'il y a lieu de croire que les phénomènes inflammatoires sont en pleine vigueur dans la substance de la moelle ou dans les méninges. Mais, dès que la maladie paraît être entrée définitivement dans cette période où la paralysie subsiste, non plus à titre de symptôme d'une myélite désormais terminée, mais à titre d'infirmité consécutive, là précisément commence l'urgente indication d'avoir recours à ce genre de médicamentation.

ARTICLE XXXIX.

AMYGDALITE.

(Nom de création contemporaine.)

CHOMEL et BLACHE. — (Dans le *Répert. gén. des sc. méd.* — t. II. — Art. *Amygdales.* § II. *Maladies des amygdales.*) — Pag. 489-97, *Inflammation des amygdales.*

628. *Nosologie.* — A. Sous le nom d'amygdalite, on désigne précisément, comme de raison, une inflammation soit de l'une ou l'autre des amygdales, soit de toutes deux ensemble : ce qui est un cas des plus communs en pratique, et dans lequel, — indépendamment de la portion muqueuse qui revêt l'amygdale, fait en quelque sorte corps avec elle et participe forcément à l'inflammation, — il est assez ordinaire de voir le reste de la muqueuse pharyngienne plus ou moins envahi par la même inflammation. Disons-le tout de suite, si parfois l'amygdalite est bien circonscrite, bien isolée, — la plupart du temps, surtout à l'état aigu, il y a tout à la fois pharyngite et amygdalite, ou, en un seul mot, pharyngo-amygdalite.

B. Synonymes : — *Cynanche tonsillaris*, de Sauvages (cl. III, *Phlegmasiæ*, gen. XX, sp. 1); — Angine ou Esquinancie tonsillaire, de divers auteurs. — Voir, au surplus, la synonymie de la pharyngite (436. B.).

C. La symptomatologie de l'amygdalite offre, comme de juste, les plus grands rapports, les plus nombreux traits de ressemblance avec celle de la pharyngite. J'engage donc les lecteurs studieux à consulter de nouveau l'histoire de cette dernière maladie, dans la partie qui touche au point de vue ici en question (437. C. — E.), afin qu'ils suppléent par là, et à l'aide de leur propre sagacité, tout ce que je m'en vais taire dans l'intérêt de la brièveté, et que je ne juge pas indispensable de rappeler formellement. Ici, en effet, je me bornerai à insister sur les particularités symptomatologiques qui sont plus spécialement le propre de l'amygdalite. Et d'abord, à l'inspection de l'arrière-bouche, on voit que l'amygdale enflammée dépasse toujours, par le fait de sa tuméfaction, le niveau des piliers du voile du palais et forme une saillie plus ou moins volumineuse dans l'isthme guttural. Il n'est pas rare qu'en raison de cette obstruction de l'isthme guttural il y ait une dyspnée plus ou moins forte, voire même une dyspnée suffocante, surtout en cas d'amygdalite double, et lorsque les deux amygdales se gonflent jusqu'à se toucher, jusqu'à clore entièrement le passage. Que sera-ce donc, si, ce qui, à la vérité, est un cas assez rare, les amygdales prennent en arrière et dans la cavité même du pharynx un développement tel qu'elles pèsent sur l'épiglotte, notamment quand le malade est et demeure en décubitus, et qu'elles fassent ainsi obstacle à ce

que l'air, venu jusque là par les fosses nasales, pénètre librement dans l'ouverture du larynx? Il se peut encore que, par le seul fait de la tuméfaction extraordinaire des amygdales, le refoulement du voile du palais aille jusqu'à comprimer la trompe d'Eustache, de telle sorte qu'il en résulte un degré plus ou moins considérable de surdité. Généralement, pour peu que l'inflammation soit vive, on observe un ptyalisme abondant. Dans les cas les plus graves, dans ceux, veux-je dire, où l'isthme guttural est complétement obstrué ou à peu près, la déglutition n'est pas seulement difficile et douloureuse, mais absolument impossible. La voix est toujours nasonnée; quelquefois elle est tout-à-fait éteinte. Dans quelques cas, le malade ne peut pas ouvrir la bouche, ou ne le peut qu'à grand'peine; l'état des amygdales ne peut plus être constaté par inspection, mais souvent alors il est facile de reconnaître par le palper les tumeurs qu'elles forment sous les angles de la mâchoire.

D. L'amygdalite se termine le plus ordinairement par résolution. Toutefois, la suppuration ne laisse pas que d'être une terminaison assez commune : l'abcès crève naturellement dans l'intérieur de la gorge, si tant est qu'on n'ait pas devancé cette issue spontanée en recourant au pharyngotome ou au bistouri. Il ne faut pas confondre avec la suppuration l'expuition d'une quantité plus ou moins abondante d'une matière sébacée, grisâtre, fétide, dont la supersécrétion dans les vacuoles de l'amygdale est, comme de raison, un effet constant du travail inflammatoire. La gangrène est une terminaison très rare de l'amygdalite; nous ne l'observons guère que lorsque l'amygdalite se présente à titre de complication accidentelle, ou plutôt d'épiphénomène dans les fièvres typhoïdes; M. Guersant l'a observée une fois en coexistence avec une gangrène du poumon, voir son article *Angine gangréneuse* dans le *Dictionnaire de médecine en* 21 vol. (1[re] édition du *Répertoire*), t. II, p. 379-80. Ce qui n'est pas rare, au contraire, c'est l'induration des amygdales à la suite de leur inflammation; en pareil cas, tout en reprenant une couleur rose pâle, tout en cessant d'être douloureuses, elles continuent de demeurer saillantes au-delà du niveau des piliers du voile du palais.

E. L'amygdalite est fort sujette à se reproduire chez certains sujets, surtout chez ceux qui ont leurs amygdales indurées et saillantes par suite d'une première attaque. Souvent elle présente des récidives pour ainsi dire périodiques, qui reviennent, par exemple, tous les ans, voire même plusieurs fois par an.

629. *Etiologie.* — Rien de particulier à dire là-dessus qui n'ait été déjà indiqué dans l'étiologie de la pharyngite (438), si ce n'est d'insister sur l'importance de l'état d'induration hypertrophique des amygdales comme condition prédisposante pour le retour de l'amygdalite (628. E.).

630. *Thérapeutique.* — Comme pour la pharyngite simple (439). Remarquons seulement que l'amygdalite réclame, plutôt que la pharyngite, toutes choses égales d'ailleurs, l'emploi de la phlébotomie de préférence aux saignées locales, la phlébotomie étant effectivement beaucoup plus propre à produire le dégorgement des organes parenchymateux. — Pour ce qui est de l'excision des amygdales, dans le cas de leur induration, excision que l'on doit pratiquer afin de prévenir les fréquentes récidives d'amygdalite, je dois renvoyer les lecteurs à la ***Pathologie chirurgicale.***

ARTICLE XL.

HÉPATITE.

(Ἡπατῖτις, Hipp., — de Ἧπαρ, gén. Ἥπατος.)

631. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) Epist. LXV, art. 9.

ANDRAL. — (*Clinique médicale.*) — T. II, p. 238-519. (*Maladies du parenchyme du foie.*) — Sous ce titre, l'auteur nous présente principalement des faits et des réflexions qui concernent la pathologie de l'hépatite.

LOUIS. — Dans les *Mém. ou recherches anatomico-pathol.* (59). — VIII[e] Mém. *Abcès du foie.* — P. 351-409.

MONNERET et FLEURY. (*Compend.*, t. IV, p. 531-57). — Art. *Hépatite.*

JOSEPH FRANK. — (*Prax. med. universæ præcepta.* Part. III, vol. II, sect. II, fascicul. 1, *Monographiæ de morbis systematis hepatici et pancreatis.* Leipzig, 1843, in-8°.) Cap. VI, *De hepatitide*, et cap. VII, *De jecinoris abscessu et phthisi hepaticâ.*

632. *Nosologie.* — A. L'inflammation du tissu propre du foie, ou, pour le dire d'un seul mot, l'hépatite, est une maladie qui, malgré les progrès déjà accomplis en fait d'observation clinique et en fait d'anatomie pathologique, présente encore bien des doutes, bien des obscurités, bien des difficultés infranchissables, non seulement sous le rapport de l'insuffisance et de l'incertitude de sa symptomatologie pour établir une base solide de diagnostic, mais aussi sous le rapport de ses caractères nécroscopiques. Surtout, comme nous l'avons déjà proclamé ailleurs (192), il est bien impossible de dire où finit, pour le foie, l'hypérémie sthénique, où commence l'inflammation. L'hépatite est une réalité, sans nul doute : voilà une vérité générale qu'il est permis de poser *à priori*, voilà qui est démontré *à posteriori* grâce aux abcès du foie. Nul doute, encore un coup, à titre de principe, à titre de loi pathologique, que l'hépatite ne doive exister fort souvent sans en venir à la suppuration. Mais enfin, dans chaque cas particulier pris isolément

c'est à peine si, hors la suppuration, il y a jamais quelque moyen, même après l'ouverture du cadavre, de se prononcer, autrement que d'une façon arbitraire, pour l'hépatite ou pour l'hypérémie hépatique. Aussi dois-je renvoyer mes lecteurs à l'histoire de celle-ci (191-2), pour me dispenser de commettre ici des redites à propos de celle-là. A l'aide de ce renvoi, et aussi parce que je m'interdis d'entrer dans la discussion de controverses, aujourd'hui insolubles et complétement stériles pour la pratique, je serai bref dans le présent article.

B. Notons, avant de passer outre, que l'hépatite ne suppose pas du tout nécessairement et n'entraîne avec elle qu'à titre d'exception l'inflammation de la tunique séreuse qui revêt le foie. En un mot, la péritonite péri-hépatique est une variété de péritonite partielle que l'anatomie pathologique ne permet pas de confondre avec l'hépatite, pas plus, par exemple, que la pleurésie avec la pneumonie, et même beaucoup moins encore. Presque toujours l'hépatite existe sans la péritonite péri-hépatique, ou celle-ci sans celle-là. L'existence simultanée de ces deux affections est véritablement un cas rare dans toute la force du terme.

C. Voici les symptômes qui, plus ou moins constans en cas d'hépatite, se montrent propres à accuser le foie comme siége du mal, et qui sont, au reste, les mêmes que ceux que nous avons assignés à l'hyperémie sthénique de ce viscère (192. A.). Sentiment de tension et de pesanteur dans l'hypocondre droit et dans l'épigastre; voire même douleur plus ou moins vive dans ces régions de l'abdomen, laquelle douleur s'exaspère généralement par la pression et par la toux. Manifestes apparences d'un excès de volume du foie, soit à la simple inspection, ce qui, à la vérité, est fort rare et vraiment exorbitant, soit du moins par le fait d'un examen méthodiquement accompli à l'aide de la palpation et de la percussion. Douleur sympathique dans le derrière de l'épaule droite, ou parfois aussi, dit-on, au-dessous de la clavicule du même côté: quelques auteurs ont nié ce symptôme, qui leur a paru une inexplicable chimère en tant que phénomène physiologiquement lié à l'hépatite, ou du moins, en tout cas, ils ne l'ont admis que comme un épiphénomène entièrement fortuit; mais, pour mon compte, je puis affirmer avoir trop souvent observé la douleur scapulaire dans les affections du foie, sans pouvoir l'imputer le moins du monde ni à un rhumatisme des parois thoraciques, ni à un état tuberculeux du poumon, ni à aucune autre maladie de poitrine, pour que je n'aie pas l'intime conviction que c'est là une incontestable manifestation des mystérieuses lois de la sympathie. Le décubitus latéral, soit sur le côté droit, soit aussi sur le côté gauche, est généralement douloureux, incommode, parfois même intolérable et impossible. Dyspnée (sans doute en raison

de l'accroissement de douleur, ou du moins d'un certain degré de gêne, qui, en pareil cas, ne peuvent pas laisser que d'être liés aux mouvemens du diaphragme); toux sèche; hoquet. Souvent bouche amère, enduit jaunâtre ou verdâtre de la langue, nausées et vomissemens bilieux. Souvent teinte jaune des conjonctives; ou bien, même, jaunisse universelle, avec des selles décolorées et blanchâtres, comme de raison, et avec des urines foncées, d'un brun rougeâtre, qui teignent en jaune un morceau de linge ou de papier blanc. Le plus souvent, il y a constipation, surtout en cas d'ictère; mais, d'autres fois, au contraire, il peut y avoir sécrétion plus ou moins abondante d'une bile très âcre, qui, en se répandant dans l'intestin, ne manque pas de provoquer une entérite catarrhale, et, partant, la diarrhée ou même la dyssenterie. Avec une parfaite connaissance de l'anatomie et de la physiologie, il est facile, en y mettant quelque peu de réflexion, de prévoir lesquels d'entre les différens symptômes ci-dessus énumérés doivent naturellement prédominer et s'exaspérer, suivant la région du foie qui se trouve plus particulièrement atteinte par l'inflammation, suivant, par exemple, que cette inflammation occupe la partie concave ou la partie convexe du foie, et suivant, aussi, diverses autres circonstances à l'égard desquelles je laisse à la sagacité du lecteur de suppléer à mon silence.

D. L'hépatite peut suivre, cela va sans dire, une marche aiguë ou chronique.

α. *L'hépatite aiguë,* la plupart du temps, n'éclate avec un ensemble plus ou moins remarquable de symptômes spéciaux qu'après une période plus ou moins courte de symptômes généraux et fébriles : quelquefois, elle a pour préludes des symptômes gastriques, ou un ictère, sans fièvre aucune; quelquefois enfin, sans la moindre apparence de période prodromique, elle se prononce tout-à-coup, les symptômes locaux et la fièvre apparaissent en même temps. Elle peut ne durer qu'un fort petit nombre de jours, pas même un septénaire, par exemple, mais, d'ordinaire, elle atteint la fin du second septénaire; se prolonge-t-elle plus loin, il est alors fort à craindre qu'elle ne dégénère en maladie chronique. Sans compter ce passage de l'état aigu à l'état chronique, la maladie peut se terminer des diverses façons que voici :

1° Par résolution, c'est-à-dire par un retour graduel et insensible du foie et de toutes les fonctions perturbées à l'état normal et sain.

2° Par délitescence à la suite de crises, telles qu'une épistaxis, un flux hémorroïdal, l'éruption naturelle des règles, une diarrhée, une abondante diaphorèse, etc., qui font, par exemple, brusquement disparaître la tuméfaction du foie; et cela surtout, on doit même dire à peu près exclusivement, dans les commencemens du mal. Encore est-il juste de remarquer que, dans le cas d'un si rapide dénouement, il y

a plutôt lieu de croire à une simple hyperémie qu'à une inflammation vraiment confirmée.

3° Par suppuration. Terminaison fréquente après un coup ou une chute sur l'hypocondre droit, et aussi en cas de ces hépatites lobulaires, disséminées, et presque toujours latentes ou à peu près telles, qui surviennent à la suite des plaies de tête, ou sous l'influence de quelque autre condition génératrice de cette *Diathèse purulente*, décrite et étudiée en *Pathologie chirurgicale* (t. Ier, chap. III, art. III, § VII. — Voir notamment les pages 161—2). La suppuration peut déjà se laisser reconnaître ou du moins deviner par les signes généraux que ce travail morbide, où qu'il se fasse, entraîne d'ordinaire : ainsi, en pareille occurrence, après la rémission des premiers symptômes d'hépatite, après un calme de courte durée, on voit survenir, en outre d'un sentiment incommode de chaleur et de pesanteur dans l'hypocondre, maintes alternatives de frissons et de sueurs dans le courant de la journée, avec exacerbation de la fièvre vers le soir. Mais la chose devient encore plus claire, quand l'abcès fait saillie à l'extérieur, quand il se révèle par le soulèvement des fausses côtes, par l'empâtement d'une partie plus ou moins étendue de l'hypocondre, et, enfin, par la fluctuation même. Les abcès du foie peuvent donc en venir à s'ouvrir spontanément à l'extérieur, et là, quelquefois, dégénérer en fistules incurables. Dans certains cas, aussi, par suite du travail d'absorption progressive et d'inflammation qui les accompagne, et par suite des adhérences que le foie contracte alors avec les organes voisins, ils s'ouvrent dans l'estomac ou l'intestin, dans le péritoine (cas promptement mortel par le développement d'une péritonite suraiguë), dans la cavité de la plèvre droite (cas bien moins grave, à tout prendre, que le cas précédent), ou bien même, enfin, dans le poumon droit, par où tout le pus du foie peut se faire jour et se trouver expulsé sous forme d'expectoration plus ou moins laborieuse et de plus ou moins longue durée. Entre autres exemples dignes de remarque, je citerai une observation récemment publiée dans le *Journal de médecine de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc. (juillet 1843, p. 209—11), observation recueillie dans le service de M. Casimir Broussais, et de laquelle il résulte assez évidemment qu'un garde municipal, atteint d'hépatite aiguë, a guéri après avoir eu dans le foie un abcès qui s'ouvrit et dans le poumon et les intestins, et se vida par l'expectoration et par les selles. Si la suppuration du foie n'est pas un accident nécessairement, infailliblement mortel, toujours est-il qu'elle court grand risque de le devenir, soit parce qu'elle s'épanchera dans le péritoine ou dans la plèvre, soit parce que, tout en se faisant jour au dehors par une voie quelconque, elle ne tarit point et amène le marasme et l'épuisement des forces vitales, soit même,

enfin, parce que, demeurant confinée dans l'intérieur du parenchyme hépatique et se trouvant sans issue, elle détermine encore tous les phénomènes de la fièvre hectique. Entre autres exemples de ce dernier cas, je citerai le suivant, qui me tombe sous la main, et que j'emprunte à la *Médecine clinique* de Pinel (p. 277) : — Une femme entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 13e jour d'une *fièvre gastrique continue avec accès.* Elle se plaint d'avoir éprouvé dès le principe une douleur dans l'hypocondre droit. Les symptômes principaux qu'elle présente sont ceux que voici : teint jaune ; bouche amère ; langue couverte d'un enduit épais, jaune au centre ; douleur à l'épigastre et à l'hypocondre droit ; peau sèche ; pouls dur et fréquent ; dyspnée ; toux sèche. Le soir, alternatives de frisson et de chaleur, suivis de sueur ; nausées durant le frisson. 14e jour : plus de douleur à l'hypocondre ; accès de fièvre le matin et dans la nuit suivante. 15e jour : trois accès de fièvre. 22e jour : la douleur de l'hypocondre reparaît ; ictère très foncé ; accès fébrile très intense. 24e jour : colique, dévoiement. 25e jour : symptômes adynamiques. 35e jour : plus de dévoiement ; horripilations fréquentes entremêlées de bouffées de chaleur. 37e jour : commencement d'un œdème des extrémités inférieures. 44e jour : prostration extrême, face hippocratique ; mort. *Nécroscopie* : foie mou, jaunâtre, renfermant un foyer purulent, qui contenait une à deux onces de matière ; vésicule volumineuse, avec des concrétions polyèdres, dont quelques unes dans le conduit cystique ; le diamètre de ce canal était augmenté entre les concrétions et la vésicule, et resserré dans le reste de son trajet.

4° Enfin, par gangrène. Terminaison, à la vérité, très rare, mais qui pourra être, ainsi que le disent les auteurs, assez facilement reconnue aux signes que voici : affaissement subit des douleurs, météorisme, froid glacial des extrémités, odeur gangréneuse des gaz intestinaux et des selles.

6. L'*hépatite chronique* tantôt fait suite à une hépatite franchement aiguë dans toute la force du terme, tantôt se développe sourdement, peu à peu et d'une façon tout-à-fait insidieuse. Dans ce dernier cas, elle prélude fort longtemps par un ensemble de symptômes bien peu caractéristiques, tels que l'inappétence, la bradypepsie, la dyspepsie, une production excessive de flatuosités, une constipation rebelle, etc., jusqu'à ce qu'enfin les douleurs de l'hypocondre droit, l'ictère, et la tuméfaction manifeste du foie viennent décidément accuser ce viscère, si ce n'est évidemment comme étant en proie à l'inflammation, du moins comme étant, de façon ou d'autre, le foyer principal de la maladie. Quoi qu'il en soit, l'hépatite chronique peut durer indéfiniment, durer de longues années à titre de maladie stationnaire. En général, toutefois, elle marche, quoi qu'à pas lents ; si elle ne rétrograde pas, elle

avance; peu à peu, avec ou sans travail de suppuration, elle entraîne un dépérissement progressif, et, par les longues et tristes phases de la fièvre hectique, conduit enfin le malade au tombeau. Mais, quelquefois aussi, heureusement, elle peut rétrograder et se résoudre, je n'ai garde d'en douter, surtout sous les salutaires influences d'un bon régime et d'une médicamentation appropriée. Dans les fastes de l'observation, en effet, combien ne peut-on pas compter de cas analogues à l'exemple suivant, que, par hasard, j'emprunte à un excellent opuscule du célèbre Tissot, à son traité *De febribus biliosis* (p. 91). Voici le fait, en substance: — Un homme d'un tempérament *atrabilaire* (mélancolique) présentait une tumeur dure dans la région du foie, avec coliques cruelles, couleur jaune de la peau, insomnie, affaiblissement, constipation (quelquefois 20 jours sans selles); — proscription absolue de la diète animale, légumes et fruits de la saison pour toute nourriture, hydromel ou petit lait pour toute boisson; plus, toutes les deux heures, trois gros d'un électuaire composé de jeunes feuilles de séneçon et de pissenlit, de casse, de manne, et de sirop de framboises; — ainsi fut obtenue, au bout de trois mois, la guérison d'une maladie qui paraissait depuis deux ans désespérée. Rappellerai-je encore deux exemples analogues à celui-ci et que j'ai déjà cités, d'après M. Andral, à propos de l'hyperémie hépatique (192. C.)? Assurément, entre les guérisons de cette sorte que nos devanciers ont vues et que les praticiens d'aujourd'hui n'ont pas cessé de voir, l'hépatite chronique doit avoir sa part, tout comme la simple hyperémie ou l'hypertrophie du foie ont la leur.

E. Encore une fois, reconnaissons-le bien haut, hormis le cas de suppuration, hormis les abcès ou l'infiltration purulente, l'anatomie pathologique est restée jusqu'ici impuissante pour nous enseigner des caractères différentiels qui soient aptes à distinguer sûrement et toujours l'hépatite aiguë d'avec une simple hyperémie, l'hépatite chronique d'avec une simple hypertrophie du foie. Ce qui augmente, assurément, les difficultés du point en question, ce sont les nombreuses variétés que ce viscère peut offrir quant à sa forme, quant à son volume, quant à sa couleur et à sa consistance, sans que ces variétés soient en dehors des conditions d'une santé parfaite, sans qu'elles paraissent le moins du monde liées à une perturbation quelconque des fonctions hépatiques. Ainsi donc, en résumé définitif, à un premier degré d'inflammation, rien autre chose que les caractères nécroscopiques d'une hyperémie hépatique (191); à un degré plus avancé et dans lequel l'inflammation se révèle d'une façon incontestable, infiltrations purulentes ou abcès; généralement, dans les cas chroniques, induration et tuméfaction du foie: voilà, dans l'état actuel de nos connaissances, l'anatomie pathologique tout entière de l'hépatite.

F. Inutile de dire que l'hépatite peut fréquemment se trouver en complication avec d'autres vices organiques plus ou moins graves : par exemple, avec un squirrhe, avec un cancer encéphaloïde, avec un kyste hydatidique, etc.

633. *Etiologie.* — (287.) — Accusons spécialement :

A. A titre de causes prédisposantes, premièrement, et par-dessus tout, les climats torrides, où l'hépatite se montre en quelque sorte comme une maladie endémique; puis, en second lieu, par conséquent, mais, bien entendu, dans un degré moindre, les climats chauds et les saisons chaudes; puis, en troisième lieu, la virilité et la vieillesse ; puis, en quatrième et dernier lieu, d'après le dire des auteurs plutôt que d'après de légitimes preuves, le sexe masculin, les tempéramens bilieux et mélancolique, l'intempérance, l'abus des boissons alcooliques, une vie sédentaire, les travaux de cabinet, les profonds et longs chagrins, les excès vénériens, etc., autant de points étiologiques qui se répètent de livre en livre, mais qui auraient bien besoin d'être vérifiés.

B. A titre de causes déterminantes, les coups et les chutes sur l'hypocondre droit, ainsi que les plaies qui pénètrent jusqu'au foie.

634. *Diagnostic.* — Il est bien malaisé au praticien de ne pas confondre avec l'hépatite la péritonite péri-hépatique ou diaphragmatique, la phlegmasie des voies biliaires, et parfois même, aussi, la duodénite (471-2), tant dans les cas aigus que dans les cas chroniques. Mais l'hépatite chronique, surtout, est une maladie des moins faciles à reconnaître, toutes les fois qu'elle ne débute pas par un état franchement aigu et qu'elle se développe petit à petit : bien des fois, alors, c'est à peine si on peut en soupçonner l'existence. Je signale les difficultés du diagnostic, sans entrer dans la discussion des considérations qui peuvent aider à les résoudre, sinon toujours, du moins dans certains cas ; si j'abordais, en effet, une pareille tâche, je serais entraîné à de trop longs développemens et hors des bornes que comporte le plan de mon ouvrage. Abandonnons donc de tels problèmes aux recherches et aux réflexions des lecteurs qui auront déjà un certain fonds d'expérience clinique.

635. *Thérapeutique.* — (290.) — A. Pour le traitement médical de l'hépatite aiguë, rien, absolument rien à dire que je n'aie dit à propos de l'hyperémie hépatique : phlébotomie, saignées locales, et, de préférence, les sangsues à l'anus, etc. (192. D.). Si la suppuration a lieu et qu'un abcès se manifeste à l'extérieur, si l'abcès, par exemple, fait saillie à l'hypocondre droit ou à l'épigastre, il faut alors que la chirurgie intervienne : car le mieux est, alors, d'ouvrir au pus une prompte issue ; et pour cela je renvoie le lecteur, comme de raison, à la *Pathologie chirurgicale*, article *Abcès du foie*.

B. Pour ce qui est de l'hépatite chronique, les moyens les plus vantés et qui paraissent effectivement avoir obtenu un heureux succès dans certains cas, sont ceux que voici. Diète exclusivement végétale. Abstinence des boissons alcooliques. Fuite des climats chauds pour le séjour d'un climat tempéré, ou même d'un climat froid. Émissions sanguines, de temps à autre, suivant l'indication. Bains fréquens. Révulsifs cutanés, notamment sur la région de l'hypocondre. Purgatifs répétés, et, de préférence surtout, la rhubarbe et l'aloès. Alcalisation de l'économie, par les pilules de savon médicinal, par les bicarbonates alcalins, par les eaux de Vichy, par celles de Carlsbad (132. D. ζ.). Mercurialisation, jusqu'à salivation (132. G. ε.) : calomel à l'intérieur; frictions sur l'hypocondre avec une pommade mercurielle. Pourquoi pas toutes les ressources, tous les tâtonnemens de la médication dépurante (144-5)? N'a-t-on pas préconisé l'acétate de potasse, l'extrait de saponaire, celui de pissenlit, etc.?

ARTICLE XLI.

SPLÉNITE.

(Σπληνῖτις, Hipp., — de Σπλήν, gén. Σπληνός, rate.)

631. *Bibliographie.* — FOREST. — (*Observationum et curationum medicinalium ac chirurgicarum libri* XL.) — Lib. XX, observ. V et VI.

SENNERT. — (*Practica medicina.*) Lib. III, part IV, c. 5, *De lienis inflammatione.*

STALPART VAN DER WIEL (célèbre médecin de La Haye). — (*Observationum rariorum medico-anatomico-chirurgicarum centuria prior.* Leyde, 1727, in-8°.) — Obs. XLVIII, *Lien vomicâ circumquaque cinctus.*

VAN SWIETEN. — (*Commentaria.*) — In aphorism. 958.

ASSOLLANT. *Recherches sur la rate.* Th. inaug. Paris, 1802, n° 112 (in-8°.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. pathol.*) Livrais. II, planche 5e : — fig. 1-2, *Splénite, pus concret combiné;* — fig. 3, *Ramollissement aigu de la rate.* (Ramoll. en pulpe).

DALMAS. — (Dans le *Répert.*, t. XXVII, article *Rate.*) — Page 257-69 : *Splénite.*

637. *A quoi nos connaissances se bornent concernant la splénite.* — Et d'abord, si par splénite on veut entendre, comme de raison, — non pas l'inflammation superficielle dont la rate peut être le siége, dans tout ou partie de son enveloppe péritonéale, indépendamment même d'une

péritonite générale, non pas, en un mot, la péritonite splénique, ou mieux périsplénique, variété de péritonite partielle, contre la réalité de laquelle il n'y a point du tout d'objection à élever, mais bien l'inflammation du parenchyme propre de la rate, le scepticisme a droit, il faut l'avouer, de poser la question que voici : — La splénite existe-t-elle véritablement? Est-ce là un cas réel, ou bien une idée purement théorique? La splénite est-elle, comme l'hépatite, péremptoirement prouvée par des phénomènes de suppuration qu'une autopsie cadavérique non équivoque ait démontrés dans l'intérieur même du parenchyme viscéral?

A peine semble-t-il, cependant, que la question soit de nature à soulever le moindre doute, rien qu'à voir le nombre des auteurs classiques qui depuis des siècles, par une tradition ininterrompue, admettent et décrivent la splénite. Fort de l'autorité des Boerhaave, des Sennert, des Forest, etc., etc., Sauvages, le père de la nosographie, ne manque pas de poser et de consacrer la splénite à titre de genre distinct (class. III, *Phlegmasiæ*, gen. XXIV, *Splenitis.* — Espèce unique, *Spl. phlegmonodea*). Ainsi en est-il, aussi, dans les systèmes nosographiques de Linné (gen. XXXVI), de Vogel (gen. LIX), de Sagar (gen. CCCIII), de Cullen (gen. XVIII), de Pinel (class. Ire, *Phlegmasies*, genre XLI), et d'Alibert (famille IIIme, *Choloses*, genre X, en deux espèces : 1° *Splénite aiguë*, 2° *Splénite chronique*).

Mais, après cela, combien peu de rigueur, combien peu de précision, chez tous les auteurs, dans la reconnaissance et l'étude de la splénite, dans la détermination de ses caractères! Que de confusion, surtout, en présence d'autres genres nosographiques, qui, dans la classification de tel ou tel auteur, font double emploi, le plus vicieusement du monde, et qui ne mettent que trop bien en relief les incertitudes et les ignorances auxquelles, en fait de splénite, la pathologie demeure jusqu'ici condamnée! Ainsi, par exemple, ce n'est pas sous la rubrique du genre Splénite que Sauvages mentionne la suppuration de la rate, le phénomène le plus propre, j'allais dire le seul propre à démontrer victorieusement la réalité de cette maladie; mais c'est beaucoup plus loin, à titre d'espèce à part, dans un autre genre, et, qui plus est, dans une autre classe (class. VII, *Dolores*, gen. XXIV, *Splenalgia.*—Sp. 3, *Spl. suppuratoria*). Et dans la *Nosologie* d'Alibert, c'est encore pis; car, à côté du genre Splénite, que voyons-nous? Là, le genre *Splénophraxie*, indépendamment de la *Splénophraxie sanguine*, qui est notre hyperémie splénique (193), présente deux autres espèces, savoir, la *Splénophraxie squirrheuse* (fam. III, *Choloses*, gen. XI, esp. 2) et la *Splénophraxie abcédée* (*ibidem*, esp. 4) : or, de ces deux espèces, la première n'est pas autre chose que cet état d'induration où il est plau-

sible de voir une splénite chronique ; et la seconde est le cas de suppuration, terminaison si rare de la splénite, mais qui en est une preuve si évidente. Puis, dans le genre *Splénalgie* (fam. III, *Choloses*, genr. IX), qu'est-ce que la *Splénalgie intumescente* (esp. 2), cette douleur liée au simple gonflement de la rate ? Qu'y a-t-il là, sinon une hyperémie ou une inflammation ? Qu'est-ce que la *Splénalgie squirrheuse* (*ibidem*, esp. 3), splénalgie due à l'induration du viscère? Qu'est-ce, sinon un double emploi, je dirais même, s'il est permis de parler ainsi, un triple emploi, à côté de la *Splénite chronique* et de la *Splénophraxie squirrheuse* du même nosographe?

C'est qu'en effet, après tout, à bien considérer la chose, ces bizarreries illogiques en matière de classification ont leur source, et jusqu'à un certain point leur excuse, dans l'impossibilité où nous sommes d'assigner à la splénite, envisagée soit sous le rapport des altérations anatomiques appréciables après la mort, soit sous celui des symptômes pris en eux-mêmes ou dans leur développement successif, un ensemble de traits caractéristiques qui soient propres à faire reconnaître d'une manière positive et sûre cette maladie, sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas.

La splénite existe : pour mon compte je n'en doute pas du tout. On peut, on doit même la regarder comme une maladie rare, comparativement à la fréquence de l'hyperémie splénique. Mais enfin un seul fait de suppuration dans le sein même de la rate est tout ce qu'il faut pour établir la réalité de la splénite, pour en consacrer, si je puis parler ainsi, la légitimité comme genre nosographique vraiment à part. Or, je concéderai volontiers, ou plutôt je serai moi-même des premiers à dire que certains exemples, mentionnés par les auteurs à titre d'abcès de la rate, n'étaient rien autre chose que des suppurations péritonéales circonscrites par des adhérences dans le voisinage de ce viscère plus ou moins refoulé et comprimé, — rien autre chose, en un mot, que le résultat d'une péritonite partielle, à laquelle la portion du péritoine qui revêt la rate prenait plus ou moins de part. Je le concéderai même, à la rigueur, pour l'observation que Van-Swiéten (*loc. cit.*) a rapportée d'après les notes à lui transmises par De Haën, et dans laquelle on trouve que la rate, dans sa partie inférieure, était adhérente au péritoine (*Lien inferiore parte peritonæo accretus*), circonstance qui peut encore, sans doute, se prêter au soupçon et autoriser en quelque sorte la supposition d'une péritonite périsplénique avec épanchement purulent. Je le concéderai encore pour l'observation de Stalpart Van der Wiel, qui nous dit (*loc. cit.*) avoir vu la rate convertie en une sorte de sac membraneux, plein de pus, et dont la rupture avait causé la mort de la malade. Mais que faire d'une obser-

vation telle que celle de M. Cruveilhier (*loc. cit.*), qui affirme avoir vu le pus infiltré dans le parenchyme même de la rate? Il faut nier une semblable observation, par cela seul qu'elle est extraordinaire, — négation, assurément, fort commode, mais qui n'a rien de logique,—ou bien reconnaître l'incontestable réalité de la splénite. Maintenant, il est clair que si la splénite se montre là en toute évidence, elle doit maintes fois aussi exister sans aller jusque là, sans aller jusqu'à produire la suppuration. Mais pour ce qui est d'abord de la splénite aiguë, force est bien d'avouer que, sauf ce cas si rare de terminaison par suppuration, rien dans l'état anatomique du viscère ne peut la distinguer, pour les faibles yeux de l'homme, d'avec l'hyperémie splénique, à l'histoire de laquelle (193-5), sous ce rapport, — comme aussi pour une infinité d'autres raisons, soit dit une fois pour toutes, — je prie le lecteur de recourir et de consacrer de nouveau quelques instans d'attention et d'étude. Pour ce qui est, après cela, de la splénite chronique, je suis bien prêt, quant à moi, à la voir et à la proclamer dans les cas où la rate acquiert, non pas seulement un excès de volume, qu'on doive tout simplement attribuer à l'hyperémie ou à l'hypertrophie, mais une dureté extraordinaire dans son tissu : car l'induration est une des terminaisons, un des effets naturels de l'inflammation (281, E.). Encore un coup, je penche fort à faire rentrer dans la splénite chronique tout ce qu'on nomme vulgairement obstruction de la rate (*Splenalgia infarctus, Spl. scirrhosa, Spl. sarcomatosa* de Sauvages, genre cité plus haut, espèces 1re, 2e et 4e.—Splénalgie squirrheuse, et Splénophraxie squirrheuse, d'Alibert, par double emploi, ainsi que nous l'avons déjà remarqué tout-à-l'heure). Mais je ne saurais dissimuler, après tout, que mon opinion à cet égard est de nature à susciter la controverse, et que là où je vois l'inflammation, tel ou tel autre pathologiste pourrait bien ne voir qu'un mode particulier d'hypertrophie, une dégénérescence organique non inflammatoire. Quoi qu'il en soit, notons qu'en semblable circonstance la rate indurée peut offrir un volume triple, quadruple, quintuple, voire même, dit-on, un volume octuple de son volume ordinaire; elle envahit alors une étendue considérable de la cavité abdominale, refoule les autres viscères, et descend quelquefois jusque dans le bassin; elle a parfois atteint un poids de deux kilogrammes et même davantage. Les individus qui ont ces grosses rates se nommaient en latin *lienosi*, et, en vieux français, *ratteleux*.

Si l'anatomie pathologique laisse énormément à désirer sur le compte de la splénite, que sera-ce donc de la symptomatologie, et combien peu de lumières faut-il en espérer, vu l'obscurité, ou, si l'on veut, l'insignifiance des offices physiologiques de la rate !

En règle générale, la splénite à l'état aigu ne paraît guère capable d'entraîner d'autres symptômes que ceux-là mêmes qu'une hyperémie

splénique suffit à produire (193). Et pourtant, par hasard, il se pourrait fort bien que, dans quelques cas d'une extrême acuité, d'une intensité extraordinaire, elle se laissât assez facilement reconnaître, grâce à un certain ensemble de signes que voici : douleur excessivement vive dans l'hypocondre gauche, en proie à une chaleur brûlante ; décubitus sur ce côté, impossible ou du moins fort pénible à tolérer ; gonflement notable de la rate, et des plus évidens à constater par la percussion et la palpation ; apparition de douleurs sympathiques qui, à ce que prétendent quelques auteurs, peuvent parfois, en pareil cas, se faire sentir à l'épaule, dans la mamelle, ou au-dessous de la clavicule du côté gauche ; symptômes généraux constituant une fièvre inflammatoire (280. D.); sang couenneux, ou, pour parler plus exactement, contenant un excès de fibrine (284 et 288); et, avec tout cela, absence de symptômes qui soient un indice de l'inflammation de quelque organe autre que la rate, et, notamment, par exemple, absence des symptômes néphrétiques, tels que la dysurie, la rétraction du testicule, etc., lesquels, en cas de néphrite du rein gauche, empêcheront assurément que le clinicien le moins expérimenté ne se méprenne, et que le point de côté, siégeant d'ailleurs en pareil cas un peu plus en bas et plus en arrière qu'en cas de splénite, ne puisse jamais être réputé pour un point splénitique. Il se pourrait donc, je le répète, que d'après une habile appréciation de ces divers signes, on fût à même de prévoir, sur un individu donné, l'éventualité d'une suppuration de la rate, et de diagnostiquer ensuite cette terminaison une fois accomplie, en tenant compte des symptômes généraux qui se lient ordinairement à un travail tant soit peu considérable de suppuration : diagnostic rare et délicat, qui, venant à être justifié par l'autopsie, ferait certes grand honneur, sinon aux talens thérapeutiques du médecin, du moins à la sagacité de son jugement.

En ce qui touche à la splénite chronique, si tant est qu'on veuille la voir dans les indurations de la rate, ai-je besoin d'avertir qu'il faut bien se garder de confondre avec cette affection une intumescence du colon produite par une énorme accumulation de gaz, ou bien, encore, une de ces tumeurs formées par un amas de matières stercorales? Ce qu'il y a de sûr, ce me semble, c'est que, pour éviter une semblable méprise, il suffit d'en connaître la possibilité et de se la rappeler un instant en présence du malade.

Encore une remarque qu'il me paraît à propos d'énoncer, en fait de symptomatologie : c'est que les indurations volumineuses de la rate suffisent quelquefois par elles-mêmes, et indépendamment de toute complication du côté des appareils respiratoire et circulatoire, à produire et à maintenir une dyspnée considérable. Comme l'hépatite chronique, elles entraînent cet effet, en faisant obstacle au libre abaissement du

diaphragme. Il est bon d'être averti, afin de ne pas prendre le change, le cas échéant.

Pour ce qui est, maintenant, de la thérapeutique, la splénite aiguë, si tant est que, dans un cas donné, il y ait lieu de la soupçonner, devra être traitée suivant les règles générales de la thérapeutique des inflammations (290), et principalement, par conséquent, à l'aide des moyens que nous avons dû reconnaître comme propres à combattre l'hyperémie splénique (195) : phlébotomies; ventouses scarifiées ou sangsues sur l'hypocondre gauche, et, préférablement, les sangsues à l'anus. Quant aux indurations de la rate, le système à suivre est à peu près le même que contre l'hépatite chronique : sangsues à l'anus, de temps en temps; révulsifs sur la peau de l'hypocondre gauche; purgations; médicamentation alcaline; mercurialisation; et, enfin, au besoin, tâtonnemens de tout genre en fait de médication dépurante (voir, au surplus, n° 635. B.).

ARTICLE XLII.

PANCRÉATITE.

(Auteurs contemporains. — De Πάγκρεας, gén. Παγκρέατος.)

638. *Bibliographie.* —Lieutaud. — (*Historia anatomico-medica.*) Lib. I, sect. VIII, art. IV, *Pancreas purulentum.*

Schmackpfeffer. *Observationes de quibusdam pancreatis morbis.* Halle, 1817, in-4°.

Bécourt. *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques.* Th. inaug. Strasbourg, 1830, n. 935.

Mondière. *Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas.* (Dans les *Archives*, mai, juillet et octobre 1836.)

Joseph Frank. — Volume tout-à-l'heure cité (631), — cap. XII, *De pancreatis inflammatione ejusdemque exitibus.*

639. *Nosologie.* — A. La pancréatite est encore une maladie dont la réalité s'appuie, à l'abri de toute contestation, sur les observations nécroscopiques, mais qui n'a, il faut le dire, dans sa symptomatologie rien que d'ambigu et d'équivoque. En sorte qu'on pourra bien la soupçonner, la deviner même quelquefois, mais non pas, à parler proprement, la diagnostiquer d'une façon sûre et positive.

B. La pancréatite peut, comme de juste, être aiguë ou chronique.

α. Quant à la *pancréatite aiguë*, je ne crois pas hors de propos de citer tout au long, d'après Schmackpfeffer (638), une observation, qu'il est fort permis de considérer comme un type assez bien tranché, assez bien caractérisé, de ladite maladie. — Voici donc cette observation : — Une fille de vingt-neuf ans, ayant contracté la syphilis en même temps qu'elle devenait enceinte, fut soumise à un traitement mercuriel après ses couches. Les symptômes syphilitiques disparurent; mais

la malade fut prise d'une salivation très abondante (4 livres de salive par jour). Il survint alors une diarrhée, qui augmenta à mesure que la salivation diminuait. Il y avait un état fébrile assez prononcé ; quelques envies de vomir; le ventre était tendu. La malade se plaignait d'une douleur fixe, profonde, sourde, avec sentiment de chaleur, dans la région épigastrique, et jusque auprès de l'hypocondre droit. Ces symptômes s'exaspéraient lorsque l'estomac était plein. Il y eut un peu d'amendement; mais la malade ne cessa pas d'accuser, à la région sus-ombilicale, une douleur profonde, qui l'empêchait de se coucher sur le dos et sur le côté gauche, et augmentait par une forte compression. La diarrhée revint (jusqu'à 30 selles en vingt-quatre heures); les matières, qui jusqu'alors avaient été jaunes, devinrent semblables à un flux de salive. Après une courte amélioration, les accidens reparaissent; une saignée est pratiquée, et dès le lendemain survinrent les oreillons, après quoi la mort ne tarda pas d'avoir lieu. *Autopsie :* le pancréas était rouge, principalement tuméfié du côté droit, et paraissant plus consistant que dans l'état normal; sous les incisions du scalpel, on en voyait suinter de nombreuses gouttelettes de sang; son poids était de 8 onces (250 grammes, nouveau style); de plus, les parotides présentaient, pareillement, les caractères de l'inflammation. — C'est après avoir apporté en exemple cette observation et trois autres encore, et aussi en s'appuyant sur beaucoup d'autres faits plus ou moins analogues disséminés dans les fastes de l'art, que Mondière s'est cru, non sans quelque raison, autorisé à tracer le tableau des symptômes les plus ordinairement liés à la pancréatite aiguë. Signalons donc, surtout d'après cet auteur, les symptômes suivans, sans prétendre, ni plus ni moins que lui, à poser les lois de l'ordre successif dans lequel ces symptômes apparaissent. Douleur épigastrique, à titre de symptôme presque constant, et commun à l'immense majorité des cas : douleur fixe, située profondément et comme contiguë à la colonne vertébrale, constituant un certain degré d'anxiété avec sentiment de chaleur plus ou moins ardente, et se continuant jusque vers l'hypocondre droit, parfois même jusque dans la poitrine, sous forme d'une traînée brûlante qui remonte le long de l'œsophage : dernière circonstance qui se montre particulièrement en coïncidence avec des rapports ou des éructations aigres, acides, âcres, avec des renvois liquides de même nature, coïncidence formant, comme on sait, le symptôme complexe vulgairement désigné sous le nom de *fer-chaud* (454. D. 6.). Soif extraordinaire, indépendamment même de toute apparence de fièvre. Dyspepsie. Nausées; et quelquefois vomissemens d'un liquide un peu filant, de saveur fade, salée ou aigre, surtout le matin, à l'instant du réveil ou peu après. Tantôt constipation; tantôt, mais moins fréquemment peut-être, diarrhée, laquelle diarrhée aurait, à ce qu'il paraît, en règle ordinaire, la triple particularité —

1° d'alterner avec la constipation, — 2° de consister en selles aqueuses et plus ou moins analogues à un flux de salive, — 3° enfin, d'avoir lieu sans coliques. Quelquefois, diminution notable de la sécrétion salivaire, au point de produire une sécheresse incommode du gosier et de la bouche : plus souvent, au contraire, — plus souvent sans comparaison, — ptyalisme, ou existant déjà avant le développement de la pancréatite, qui bien des fois, en effet, ne se déclare que consécutivement, par exemple, à une stomatite mercurielle (429), ou bien ne tardant pas, après les premières manifestations de la pancréatite, à se produire sympathiquement et à jouer à son tour le rôle d'affection deutéropathique : tant il est vrai qu'entre le pancréas et les glandes salivaires il existe, malgré la distance, une correspondance mystérieuse, une sorte de communauté pathologique, ainsi que l'attestent bon nombre d'observateurs, et, entre autres, par exemple, mon honorable ami M. Polinière, médecin distingué de Lyon, qui affirme avoir toujours observé la salivation dans les affections cancéreuses intéressant le pancréas (voir la thèse inaugurale du docteur Tavernier, intitulée : *Quelques réflexions sur l'anatomie pathologique*. Paris, 1834, n° 88, pag. 14, note)! Dans certains cas où l'inflammation fut très vive, avec douleurs aiguës à l'épigastre, avec gonflement considérable du pancréas, il a été possible, assure-t-on, de reconnaître par le toucher une tumeur profondément située entre l'extrémité de l'appendice xiphoïde et l'ombilic, circonscrite, presque circulaire, immobile, très douloureuse à la pression, et que, toutefois, il est permis, jusqu'à un certain point, de distinguer d'une tumeur qui serait formée par l'induration, squirrheuse ou autre, de la même glande, en ce que, dans le cas ici en question, on sent la tumeur céder sous une pression soutenue, et, dans l'autre cas, non. Nul doute que le pancréas ainsi tuméfié ne puisse, en comprimant les voies biliaires, donner naissance à l'ictère ; mais c'est là un effet qui appartient plutôt aux tuméfactions chroniques et avec induration qu'à la simple tuméfaction d'une inflammation aiguë. Quoi qu'il en soit, après tout, il est rare que la fièvre soit très forte. Quant aux terminaisons de la pancréatite aiguë, la résolution doit être, sans doute, la plus fréquente de toutes. Il est hors de contestation que la suppuration n'ait quelquefois lieu : car les faits rassemblés par Lieutaud, par Schmackpfeffer et autres auteurs, ne permettent pas d'objection là-dessus. La gangrène est possible, mais, à coup sûr, extrêmement rare. Ce qui n'est pas rare, par exemple, c'est la dégénérescence du mal en une induration hypertrophique qui se perpétue indéfiniment. Mais un point fort douteux, fort peu croyable, c'est que sans suppuration ni gangrène, la pancréatite aiguë puisse par elle-même, par la seule intensité de l'orgasme inflammatoire, et de la réaction fébrile, devenir cause de mort : si la chose paraît quelquefois s'être ainsi passée, comme dans l'observation que j'ai citée en commen-

çant cette courte esquisse de la maladie, c'est que, dans mon opinion du moins, la véritable raison du funeste dénoûment a dû échapper, soit de toute nécessité et par la nature même des choses, soit par inattention ou autrement, aux sens ou à l'esprit de l'observateur.

6. Et dans la *pancréatite chronique*, quels symptômes observe-t-on? Les mêmes à peu près que ceux de la pancréatite aiguë. Seulement il est bon de remarquer qu'alors le pancréas doit, plus souvent que dans la pancréatite aiguë, présenter une tumeur assez considérable, moins douloureuse il est vrai, mais, pourtant, presque toujours plus ou moins sensible à une forte pression, et qui, surtout, ne manquera guère d'opposer à la main de l'observateur une résistance incompressible ou à peu près. De là, plus facilement encore que dans la pancréatite aiguë, la compression des canaux biliaires et la jaunisse. De là, aussi, quand la portion inférieure du duodénum se trouve très comprimée et comme étranglée, des vomissemens abondans de bile, et quelquefois même d'alimens déjà plus ou moins réduits à l'état chymeux. Serait-il vrai, comme le prétendent certains auteurs, que, par le seul fait d'une pancréatite chronique, il pût y avoir anémie, marasme, diarrhée colliquative, en un mot, cas de mort? Voilà qui me paraît plus que douteux.

C. Après tout, il paraît clair que la pancréatite, en tant que maladie simple et idiopathique, est un cas rare, ou du moins, la plupart du temps, un cas peu grave, insignifiant ou à peu près, et qui surtout ne se laisse pas reconnaître. En général, j'allais presque dire sans exception,—ou bien c'est à titre d'affection accessoire et secondaire, en complication avec une inflammation de quelque organe voisin du pancréas, avec une duodénite, une gastrite, une hépatite, etc., que les observateurs ont pu constater ou soupçonner la pancréatite, — ou bien encore, et le plus évidemment même, c'est en complication, par corrélation sympathique, avec l'inflammation, soit protopathique, soit deutéropathique, des glandes salivaires.

640. *Etiologie.* — De toutes les influences qu'on a accusées comme étant spécialement propres à exercer une action plus ou moins puissante pour la production de la pancréatite, nulle assurément ne nous paraît mieux mériter cette imputation que le mercure, administré, par exemple, en grande quantité et jusqu'au point de provoquer le développement de la salivation.

Nous ne répugnerons pas non plus à accuser, avec Mondière, l'influence du tabac, et à la mettre en seconde ligne après le mercure, soit pour les fumeurs, soit pour ceux qui chiquent, soit même, enfin, pour les ouvriers chargés de manufacturer cette solanée vireuse et qui sont ainsi continuellement exposés à ses émanations.

Nul doute que la duodénite ne puisse amener quelquefois la pan-

créatite, par suite d'une propagation continue du molimen inflammatoire, qui se sera étendu de proche en proche, le long du canal pancréatique, jusqu'au sein même de la substance propre du pancréas. Et voilà pourquoi, si l'on veut, il serait loisible de repasser toutes les causes spéciales de l'entérite (466) comme autant de causes propres à la pancréatite.

Enfin, il convient de mettre encore en ligne de compte l'influence sympathique de l'inflammation des glandes salivaires : notamment, par exemple, en cas de stomatite mercurielle (429. D. 6.), et peut-être aussi en cas de délitescence d'une parotidite. Mondière cite, d'après M. Robouam, le fait d'un individu chez lequel une parotide volumineuse disparut sur-le-champ, et fut remplacée par une douleur vive et profonde dans l'épigastre ; puis cette douleur épigastrique fit place à une inflammation du testicule, laquelle, à son tour, disparut dès la manifestation d'une nouvelle parotide. Y eut-il là, comme le pensait notre savant et regrettable confrère de Loudun, une pancréatite due à la métastase de la parotide, et disparue elle-même par délitescence?

Répéterons-nous maintenant les imputations dirigées contre le long usage des préparations de quinquina, contre la grossesse, contre l'hypocondrie, contre les métastases rhumatismales et goutteuses, comme causes présumées de pancréatite? Non, assurément : car nous ne devons voir là, en vérité, passez-moi le terme, que des présomptions en l'air.

641. *Diagnostic.* — Impossible à poser dans la grande majorité des cas, avouons-le tout haut, encore un coup. Possible dans quelques cas exceptionnels et des plus clairement dessinés, mais plutôt encore à titre de conjecture qu'autrement, même pour le clinicien le plus expérimenté et le plus clairvoyant. Et dans les cas chroniques notamment, si l'on a parfois le droit de soupçonner ou même de reconnaître positivement l'existence d'une affection du pancréas, il n'y a jamais moyen d'affirmer que cette affection est une pancréatite, rien qu'une pancréatite, et pas autre chose. Ainsi, par exemple, supposons le cas où il y a une évacuation habituelle, par le vomissement et par les selles, d'un liquide analogue à la salive : peut-on en inférer infailliblement qu'il existe une pancréatite? Ne se peut-il pas qu'il y ait là, tout simplement, un flux, une supersécrétion de l'humeur pancréatique, sans inflammation véritable? Et puis encore, lorsqu'on distinguera manifestement par une habile palpation une tumeur du pancréas, à quels signes certains pourra-t-on discerner si c'est une induration de nature purement phlegmasique, ou bien un état squirrheux, tuberculeux ou autre?

642. *Thérapeutique.* — Supposons une pancréatite bien et dûment diagnostiquée. Que faire alors? Phlébotomies, sangsues à l'anus ou à

l'épigastre, bains, vésicatoires ou moxas sur l'épigastre, etc., etc. Voilà les moyens à employer suivant l'état des forces, l'intensité de la fièvre, la vivacité de la douleur locale, l'opiniâtreté de la maladie, etc., et en un mot, conformément, de tout point, aux principes généraux de la thérapeutique des inflammations. Rien de bien spécial à conseiller contre la pancréatite même, en tant que pancréatite. Et voilà ce qui fait qu'on doit beaucoup moins regretter les difficultés et les impossibilités du diagnostic.

ARTICLE XLIII.

PNEUMONIE.

(Πνευμονίη, Arétée : — de Πνεύμων, gén. Πνεύμονος, poumon.)

643. *Bibliographie.* — BOERHAAVE. (*Aphorism.*) : — n. 820-66, *Peripneumonia vera* ; — n. 867-74, *Peripneumonia notha.* — Voir, en même temps, les *Commentaires* de Van-Swiéten.

RASORI. *Delle peripneumonie infiammatorie e del curarle principalmente col tartaro stibiato.* — Mémoire traduit dans la *Biblioth. de thérap.* de Bayle (110), t. Ier, p. 198.

LAENNEC. —(*Traité de l'auscultation.*) IIe partie, sect. II, chap. VI, *De la péripneumonie.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. III, p. 253-339.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) — XIe livraison, pl. 4 (*gangrène diffuse du poumon*); — XXIXe livraison, pl. 5 (*pneumonie*); — XXXIIe liv., pl. 5 (*ramollissement pulmonaire non gangrené*).

LOMBARD (de Genève). *Recherches sur la pneumonie.* (Dans les *Archives*, janvier 1831.)

PATIN. *Sur l'emploi des antimoniaux insolubles dans le traitement de la péripneumonie.* Th. inaug., Paris, 1833, n° 109.

DELABERGE. *Recherches sur la pneumonie lobulaire.* (Dans le *Journal hebdomadaire*, année 1834, n°s 26, 27, 28 et 29). — Mémoire fort bien écrit, et appuyé sur des observations détaillées, avec une description merveilleusement exacte et précise des altérations du parenchyme pulmonaire.

ROUCOLLES. *Pneumonie lobulaire des enfans.* Th. inaug. Paris, 1834, n° 334.

RUFZ. *Quelques recherches sur la pneumonie des enfans.* (Dans le *Journ. des connaiss. médico-chirurgicales*, septembre 1835.)

HOURMANN et DECHAMBRE. — (*Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards.* Dans les *Archives.*) — Pneumonie des vieillards. (Mars, septembre et octobre 1836.)

VALLEIX. — (*Cliniq. des mal. des enf. nouveau nés*). Chap. II, *Maladies de poitrine*, p. 40-198 (pneumonie).

A. BECQUEREL. *De l'influence des émissions sanguines et des vésicatoires appliqués sur la poitrine dans la pneumonie simple ou compliquée des enfans.* (Dans les *Archives*, avril 1839.)

BRIQUET. *Remarques générales sur les cas de pleuro-pneumonie observées à l'hôpital Cochin durant les années* 1836, 1837, 1838 *et* 1839 (Dans les *Archives*, avril, juillet et septembre 1840.)

MASCAREL. *Mémoire sur le traitement de la pneumonie des vieillards par les émissions sanguines et le tartre stibié à haute dose.* Mémoire couronné par la Faculté de Paris, et publié dans la *Gazette médicale*, année 1840, n°s 40 et 41.

SESTIER. *Leçons de clinique médicale*, t. IIIe (Pneumonie). Paris, 1840, in-8°.

GRISOLLE. *Traité pratique de la pneumonie aux différens âges, et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques.* Paris, 1841, in-8°.

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, t. XXV, p. 144-229). — Art *Pneumonie.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cliniq. et prat. des mal. des enf.*, — t. Ier, p. 60-134.)

MOUTARD-MARTIN. *De la pneumonie des vieillards.* (Dans la *Revue médicale*, janvier et février 1844). — Mémoire fondé sur l'analyse de 67 cas observés à la Salpêtrière dans le service et sous la direction de M. Prus.

TROUSSEAU. *De la pneumonie chez les enfans.* (Dans le *Journal de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., avril 1844.)

PIORRY. — (*Traité de médecine pratique*, — t. III.) IIme partie, IIme section, *Pneumopathies*, chap. X, *Pneumonite.*

644. *Définition scolastique et remarque historique.* — La pneumonie est l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Connue depuis un temps immémorial, et signalée dans les premiers monumens de l'art, la pneumonie n'a été pendant des siècles que fort imparfaitement décrite, que fort incomplétement appréciée, tant sous le rapport des nombreuses variétés de la symptomatologie que sous celui de ses formes anatomiques. Pour beaucoup d'auteurs même, elle restait confondue avec la pleurésie, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer dans l'article consacré à l'histoire de cette dernière maladie (582) : pour eux, l'une et l'autre, c'était tout un, non seulement au lit du malade et en ce qui touche le diagnostic et la pratique, mais même théoriquement et sous le point de vue nosographique. Mais depuis la fin du XVIIIme siècle, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, et surtout aux admirables méthodes d'exploration séméiologique qui sont

dues au génie des Avenbrugger et des Laënnec, le champ des connaissances relatives à la pneumonie s'est éminemment agrandi. Désormais la pleurésie et la pneumonie constituent en nosographie deux genres parfaitement tranchés. Et il est à peine pardonnable de ne pas les distinguer sur le vivant, si difficile que puisse être le cas donné.

645. *Synonymie.*—Vulgairement : Fluxion de poitrine. —Hippocratiquement, et sous l'autorité d'une tradition multiséculaire, à laquelle on commence à peine à renoncer : Péripneumonie, de Pinel (class. II, gen. XXXVIII), de Laënnec (*loc. cit.*), etc. Περιπνευμονίη Hipp., la préposition Περί ayant là, non pas son sens spécial de pourtour et de périphérie, mais seulement une valeur banale de nature explétive, ou, si l'on veut, augmentative, comme qui dirait *la maladie pulmonaire par excellence.* C'est bien à tort, comme Laënnec l'a fait observer (t. I, p. 393, note), que certains auteurs de notre temps ont proposé de réserver le terme de péripneumonie pour désigner particulièrement, exclusivement, une inflammation qui occupera dans le poumon une sorte de tranche périphérique et superficielle plus ou moins épaisse, sans intéresser toute la profondeur du viscère. Vaine et oisive distinction que cela, en fait de nosographie. — Pyrétologiquement, c'est-à-dire au point de vue où l'on tient plus de compte, comme par exemple, Huxham et Hoffmann, de l'état général et de l'appareil fébrile que de l'organe enflammé : Fièvre péripneumonique. — Néologiquement, mais en conformité, il est vrai, avec la loi générale de nomenclature des inflammations : Pneumonite (Alibert, *fam.* V, *Pneumonoses,* genre VI, comprenant huit espèces. — Piorry, *loc. cit.*).

646. *Notions générales relativement au siége de la pneumonie.* — A. D'abord et avant tout, posons une distinction capitale, la plus importante de toutes sous le rapport en question, celle qui a trait à l'étendue plus ou moins considérable des portions de poumon envahies et altérées par les phénomènes inflammatoires. Je m'explique, voici de quoi il s'agit :

α. Premièrement, il y a la pneumonie modèle, ou *pneumonie lobaire,* ainsi nommée surtout par opposition à l'espèce qui va suivre et que l'on désigne unanimement sous le nom de pneumonie lobulaire. Qu'est-ce donc que la pneumonie lobaire ? C'est lorsque l'inflammation occupe d'une manière continue et sans intervalles complétement sains un ou plusieurs lobes du poumon, ou tout au moins une portion considérable et manifestement appréciable d'un lobe. Quelquefois l'inflammation occupe précisément un lobe tout entier, et rien que ce lobe, comme si la scissure interlobaire était alors une sorte de frontière infranchissable : mais le plus ordinairement le lobe contigu au lobe principalement enflammé ne laisse pas que d'être aussi, pour sa part,

plus ou moins entamé par l'inflammation. Il n'est pas rare de voir un poumon tout entier frappé de pneumonie. Bien plus, les deux poumons peuvent être atteints en même temps (*pneumonie double*) : de telle sorte, même, que quelquefois, surtout chez les enfans et les vieillards, il reste à peine le quart ou le cinquième de la masse pulmonaire qui soit encore perméable à l'air, ce qui, disons-le tout de suite, est un cas infailliblement mortel. Quoi qu'il en soit, au surplus, c'est à la pneumonie lobaire envisagée 1° dans l'état aigu, 2° dans l'état chronique, que je dois consacrer les deux premiers paragraphes du présent article.

6. Définissons maintenant, en second lieu, la *pneumonie lobulaire*. C'est celle où le molimen inflammatoire, au lieu de régner sans interruption dans une grande étendue, se borne à occuper un ou plusieurs petits foyers isolés, et comme qui dirait autant de lobules à plus ou moins grande distance les uns des autres. Ces petits foyers d'inflammation, d'ordinaire assez nombreux, se rencontrent çà et là soit dans un seul poumon, soit dans les deux poumons à la fois : aussi la pneumonie lobulaire s'appelle-t-elle encore *pneumonie disséminée*. Au reste, c'est dans le troisième paragraphe de cet article-ci que nous envisagerons spécialement les questions qui concernent la pneumonie lobulaire.

7. Troisièmement, enfin, à côté de la pneumonie lobulaire, n'est-ce pas le lieu de mentionner ce que M. Andral appelle une *pneumonie vésiculaire* (*Précis d'anat. path.*, t. II, p. 509 ; — et note à la 4e édition de Laënnec, t. I, p. 500) ? Suivant ce professeur, il y aurait là une inflammation circonscrite dans le petit espace de quelques vésicules pulmonaires. On la reconnaîtrait à la présence de granulations rouges disséminées en plus ou moins grand nombre dans un parenchyme pulmonaire, d'ailleurs parfaitement sain. M. Andral, qui a fréquemment constaté ces granulations, n'hésite pas à les considérer comme autant d'inflammations partielles qui sont aux lobules pulmonaires, dont elles ne frappent que quelques points, ce que la pneumonie lobulaire elle-même est à l'inflammation de tout un lobe : il croit que dans les bronchites aiguës avec fièvre, les pneumonies vésiculaires ne sont pas rares. Après cela, on peut soulever la question de savoir si la pneumonie vésiculaire de M. Andral est ou n'est pas la même chose que la bronchite vésiculaire de MM. Rilliet et Barthez (t. I, p. 21-2), laquelle, suivant ces observateurs distingués, consisterait en ce qu'un certain nombre de vésicules pulmonaires, par suite de l'extension de l'inflammation catarrhale jusqu'à l'extrémité des ramifications bronchiques, seraient devenues le siége d'une sécrétion puriforme, et s'en trouveraient excessivement distendues, sans que le tissu cellulaire inter-vésiculaire eût participé au travail phlegmasique. Mais laissons là ces infiniment petits de l'ana-

tomie pathologique. J'en ai dit assez, ce me semble, et peut-être trop, eu égard aux limites où un ouvrage tel que le nôtre doit demeurer renfermé.

B. Heureusement, les pneumonies doubles se présentent dans la pratique en proportion beaucoup moindre que celles qui ne s'en prennent qu'à un seul poumon. Ainsi, sur 280 cas que M. Grisolle a lui-même observés et dont il a tenu note sous ce point de vue (*loc. cit.*, p. 28), il n'y a eu que 17 cas seulement de pneumonie double : ce qui donne environ la proportion de 1 sur 16, évaluation faite en nombres ronds. Mais il est bon, toutefois, de remarquer, à ce propos, que les observations de M. Grisolle ont eu lieu sur des adultes de différens âges, et plutôt même sur des individus jeunes ou d'âge moyen que sur des vieillards. Il est incontestable que la pneumonie double est très commune dans la première enfance (Rufz, Valleix, Rilliet et Barthez). Il paraîtrait aussi, à en juger du moins par les résultats dus à la collaboration de Hourmann et de M. Dechambre, que chez les vieillards la pneumonie double serait plus fréquente que chez l'adulte : 24 sur 61, voilà le chiffre fourni par ces observateurs. Suivant une remarque émise par M. Rayer dans une séance de l'Académie de médecine (voir le *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, t. VI, p. 450), certaines constitutions épidémiques auraient eu pour résultat d'élever, chez les adultes mêmes, le nombre des pneumonies doubles au-dessus des proportions ordinaires. Enfin, ce qui est un fait incontestable et solidement acquis à la science, c'est que la pneumonie lobulaire attaque presque constamment les deux poumons ensemble.

C. Ce qu'il y a, encore, de très positif, c'est, en ce qui touche aux pneumonies qui n'attaquent qu'un seul poumon, la triste supériorité du côté droit sur le côté gauche. Tous les observateurs contemporains sont unanimes à cet égard. D'après les observations propres et les recherches statistiques de M. Grisolle (*op. cit.*, p. 28-9), il résulte que e nombre des pneumonies droites serait à peu près le double de celui des pneumonies gauches : 11 sur 6, voilà le rapport donné par les observations propres de M. Grisolle ; 7 sur 4, voilà le rapport finalement obtenu en supputant les statistiques particulières des divers auteurs. Jusqu'ici on n'a pu expliquer d'une façon satisfaisante et péremptoire cette loi pathologique de la prédominance du côté droit sur le côté gauche dans la production des pneumonies.

D. Pour l'un et pour l'autre des poumons, pour le droit comme pour le gauche, il y a cela de remarquable, que les pneumonies du lobe inférieur sont de beaucoup plus fréquentes que celles du lobe supérieur, en tant, du moins, qu'il s'agit de pneumonies protopathiques, franches, indépendantes, et non pas nées deutéropathiquement sous l'influence

d'une autre maladie. Voilà ce qu'établissent sans exception tous les relevés statistiques qui ont été publiés par divers observateurs, depuis plusieurs années. Mais, à la vérité, les nombres proportionnels qui constatent cette sorte de privilége pathologique du lobe inférieur, ne le constatent qu'en présentant de très fortes variations, d'un relevé à l'autre. Et il serait oiseux et puéril de calculer la moyenne générale que peuvent fournir les statistiques jusqu'ici recueillies, et de la donner aujourd'hui, par affectation d'une rigueur plus apparente que réelle, comme la formule numérique de l'excès de fréquence des pneumonies du lobe inférieur par rapport à celles du lobe supérieur. Formule nécessairement provisoire, et qui devrait être incessamment modifiée, corrigée, tourmentée par l'apport de chaque nouvelle statistique! Contentons-nous donc ici, comme il le faut si souvent, j'allais dire presque toujours, en matière de physiologie et de pathologie, d'énoncer la fréquence relative du fait indéterminément et sans prétendre à l'évaluer d'une façon mathématique (8).

E. Delaberge (*loc. cit.*, p. 418) a particulièrement désigné sous le nom de *pneumonie marginale* une variété de pneumonie qui consiste en ce que l'inflammation se trouve étroitement confinée au pourtour de la base des lobes pulmonaires, ou bien le long du bord tranchant ou bord antérieur du poumon. Cette variété, peu importante d'ailleurs en raison de sa très petite étendue, et à peu près impossible à deviner sur le vivant, serait, suivant l'observateur que je viens de citer, et suivant, aussi, MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 96), assez commune dans la première enfance, chez les sujets affaiblis et cachectiques. Elle est au moins extrêmement rare au-delà de cet âge.

F. Enfin, devons-nous attaquer ici une épineuse et obscure question de fine anatomie pathologique, la question de savoir lequel des élémens anatomiques du parenchyme pulmonaire est, dans la pneumonie, le siége primitif ou spécial des phénomènes inflammatoires? Est-il permis de distinguer, avec certains auteurs, une *pneumonie vésiculaire* et une *pneumonie intervésiculaire*, en ce sens que tantôt l'inflammation affecterait exclusivement et principalement les vésicules pulmonaires, et tantôt le tissu cellulaire interjacent? Subtilités indémontrables que tout cela. Il me paraît naturel de croire que l'inflammation occupe tout à la fois dès le principe les vésicules et le tissu cellulaire intervésiculaire. Mais enfin, s'il fallait à toute force opter entre les opinions diverses des chercheurs de distinctions par trop raffinées, je pencherais fort à regarder les vésicules comme le foyer même où naît l'inflammation ; et ce qui me porte à penser ainsi, c'est principalement, d'une part, le râle crépitant, par lequel se manifeste le premier degré de la pneumonie, et qui ne paraît être conçu et expliqué autrement qu'à titre de bruit opéré dans

l'intérieur des vésicules par l'agitation de l'air sous forme de très petites bulles à travers un liquide, soit purement muqueux, soit sanguinolent; c'est aussi, d'autre part, le fait incontestable, quoique relativement peu fréquent, de la dégénération de certaines bronchites capillaires (505. A. 6.) qui finissent par passer à l'état de véritable pneumonie.

§ I. De la Pneumonie lobaire (646. A. α.), à l'état aigu.

647. *Revue analytique des principaux symptômes.* — *Douleur de côté* : se produisant dans la presque universalité des cas, d'une façon plus ou moins vive, dès le début de la maladie, ou peu après; fixe chez les uns, mobile chez les autres; se faisant sentir le plus ordinairement au niveau ou au voisinage du mamelon, mais, chez quelques malades, dans d'autres régions, comme par exemple à la base de la poitrine, dans la région sus-mammaire, au fond de l'aisselle, dans la fosse sus-épineuse, etc.; tantôt tout entière sur un seul point, tantôt diffuse et s'irradiant plus ou moins loin; quelquefois, exactement correspondante à la partie même du poumon dans laquelle existe l'inflammation, mais la plupart du temps, au contraire, plus ou moins distante de là, et, en quelque sorte, à titre de symptôme sympathique plutôt que comme un phénomène essentiellement lié à la pneumonie même. En cas de pneumonie double, la douleur, en générale, n'existe ou du moins ne se montre aiguë que d'un seul côté, que du côté qui a été le premier envahi. Si peu aiguë qu'elle soit chez un sujet donné, la douleur de la pneumonie s'exaspère constamment par les grandes inspirations et par la toux. Le plus ordinairement, elle s'exaspère aussi par la pression qu'on vient à exercer sur la paroi thoracique. C'est surtout chez les vieillards que la douleur demeure obtuse et sourde; la plupart d'entre eux, même dans les pneumonies les plus graves, se plaignent à peine d'avoir la poitrine endolorie. Il n'est pas permis de douter que la douleur ne puisse se présenter sous la forme de ce qu'on appelle un point de côté par excellence (585. A.), en d'autres termes, à titre de douleur sous-mammaire pongitive et fixe, par le seul fait de la pneumonie et sans la moindre trace de pleurésie : M. Grisolle rapporte un cas d'autopsie qui ne permet pas d'objection à cet égard (*loc. cit.*, p. 204-5). Quoi qu'il en soit, la douleur de côté produite par l'invasion d'une pneumonie est un symptôme qui ne tarde pas à s'amender, même sans l'intervention d'aucun traitement; et, encore bien même que l'on ait affaire à une pneumonie qui sera mortelle, cette douleur se calme d'ordinaire au bout de deux ou trois jours, et quelquefois cesse complétement plus ou moins longtemps avant la mort.

B. *Dyspnée :* plus ou moins intense, en raison composée de la douleur de côté, de l'étendue occupée par l'inflammation, de la susceptibi-

lité idiosyncrasique du sujet, et, parfois aussi, de la préexistence d'un certain degré de dyspnée déjà dû à quelque autre cause, telle que, par exemple, une bronchite habituelle, une déformation du thorax, etc., etc.

C. *Fréquence de la respiration :* généralement en proportion avec l'intensité de la dyspnée, mais non pas toujours, mais non pas sans bien des exceptions. Il n'est pas rare de voir, chez les adultes, le nombre des respirations s'élever jusqu'à 30, 40, 50, et même 60 par minute : au-delà de ce dernier chiffre, viennent les cas vraiment extraordinaires ; toutefois, chez deux malades dont l'un a guéri, M. Grisolle a compté 75 et 80 respirations par minute (*loc. cit.*, p. 207). Chez les très jeunes enfans, suivant MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 88), le nombre des respirations dans la pneumonie varie entre 40 et 80 : une fois même, chez un nouveau-né, M. Valleix déclare n'avoir pu compter les respirations, tant elles étaient précipitées (*loc. cit.*, p. 19).

D. *Toux :* presque toujours là dès les premiers momens que le poumon s'enflamme ; tantôt un peu avant, tantôt un peu après l'apparition de la douleur de côté. La toux et la douleur de côté sont, en effet, deux symptômes qui ont entre eux une sorte de corrélation, et qui s'éveillent et s'exaspèrent l'un par l'autre. C'est surtout à raison de l'intensité de celle-ci que celle-là peut devenir un atroce tourment. Au surplus, elle est, selon le cas, plus ou moins fréquente, plus ou moins pénible, par secousses isolées ou par quintes. Quelquefois, surtout chez les vieillards, elle peut être si faible et si rare qu'à peine les malades y font-ils attention. En cas de mort, même près du début de la maladie, le plus ordinairement il y a diminution de la toux dans les derniers jours, et parfois même cessation complète de ce symptôme.

E. *Expectoration :* véritablement pathognomonique, en règle générale, dès le premier ou le second jour de la pneumonie, en ce qu'on observe alors des crachats *sui generis*, dits par excellence *crachats pneumoniques*, qui ont pour double caractère — 1° d'être très visqueux, de manière à former une masse adhérente au vase où on les recueille, à tel point que parfois ils y restent collés comme une véritable glu, et ne tombent pas à terre, encore bien même qu'on mette le crachoir sens dessus dessous, — 2° d'être doués d'une teinte particulière, due au mélange intime d'une certaine quantité de sang, teinte ordinairement rouillée, mais qui peut quelquefois se montrer seulement jaunâtre ou verdâtre, le sang n'y étant fondu qu'en faible proportion, quelquefois, au contraire, se montrer surchargée de sang, et, comme telle, plus ou moins complétement rouge. Le plus ordinairement, avant d'en venir là, l'expectoration se borne, comme dans la première période de la bronchite (505. A. ε.), à rejeter une sérosité légèrement filante et plus ou moins spumeuse : quelquefois elle débute à véritable titre d'hémoptysie

(230. B.), et ne paraît d'abord amener que du sang tout pur en plus ou moins grande abondance. Notons tout de suite qu'en général, les crachats entièrement sanguins, soit qu'ils aient lieu au commencement de la pneumonie, soit, surtout, qu'ils surviennent durant son cours, sont un attribut des cas graves et dangereux. Et cette règle est presque sans exception en ce qui touche particulièrement aux crachats où le sang se montre altéré, brunâtre, noir, en un mot, aux crachats qui, comme on dit, ont l'air de *jus de pruneaux*, ou de *jus de réglisse*. Cette dernière sorte de crachats, effectivement, ne se présente guère que dans les pneumonies qui touchent de fort près, si même elles n'y sont pas déjà tout en plein, à ce qu'on appelle en anatomie pathologique le troisième degré de la maladie, à l'infiltration purulente, ou *hépatisation grise* du parenchyme pulmonaire (650. C.). C'est dans ce même degré que l'on observe quelquefois des crachats grisâtres, évidemment purulens : parfois, même, le pus se trouve expectoré tout pur, et en nappe parfaitement homogène, ou à peu près. Au lieu de suppuration, y a-t-il terminaison de l'inflammation par gangrène : les crachats, comme sanieux, tantôt verdâtres ou d'un gris sale, tantôt semblables à de la lie de vin rouge, ont l'odeur spécifique que chacun sait. Lorsqu'au contraire, ce qui est heureusement le cas le plus commun, la pneumonie entre en voie de résolution, les crachats pathognomoniques perdent peu à peu de leurs caractères, et sont enfin remplacés par des crachats glaireux, tels que ceux qui appartiennent à la seconde période de la bronchite (505. A. ε.) : mais il se peut aussi que l'expectoration ne revête pas cette forme, et qu'elle passe immédiatement du type pneumonique à néant. Il va sans dire que les crachats pneumoniques peuvent quelquefois être mélangés avec ceux d'une autre maladie pulmonaire plus ancienne, et par là se trouver plus ou moins masqués et dénaturés. C'est assurément bien à tort que les anciens appelaient indistinctement, banalement, *crachats bilieux* les crachats pneumoniques de teinte jaune ou verdâtre, puisque, encore un coup, une pareille teinte se produit là incontestablement par la diffusion du sang, absolument comme dans les ecchymoses. Mais ce n'est pas à dire pour cela que les crachats pneumoniques ne puissent dans certains cas, par extraordinaire et en vertu de quelque complication du côté du foie, être imprégnés des principes colorans de la bile; tel était sans aucun doute le cas, rapporté par M. Andral (*loc. cit.*, observ. LV), d'un homme qui, se trouvant en même temps atteint de pneumonie et d'un ictère lié, comme le démontra l'autopsie même, à l'existence d'une hépatite, expectora des crachats parfaitement caractéristiques de la pneumonie, mais colorés en vert foncé. L'expectoration peut-elle manquer en pleine pneumonie, soit dès le principe et d'un bout à l'autre de la maladie, soit par interruption

plus ou moins brusque? Oui, certainement, cela est fort possible, et par diverses causes, c'est à savoir : 1° parce que la sécrétion du mucus et la diapédèse du sang dans les vésicules pulmonaires peuvent fort bien n'être que peu de chose, et véritablement si peu que rien ; 2° parce qu'en raison d'une excessive viscosité, les crachats peuvent être fort difficiles à détacher, et peuvent ainsi demeurer en stagnation au fond des ramifications bronchiques, ce qui augmente de beaucoup la dyspnée et le danger du malade ; 3° parce que l'asthénie peut en être venue au point de ne pas permettre les moindres efforts d'expectoration, et, par conséquent, au point de laisser amasser dans les bronches et la trachée-artère une énorme quantité de mucosités, d'où la dyspnée suffocante avec râlement (46. F. γ.), d'où un danger encore plus grand que dans le cas qui précède, ou, pour mieux dire, une mort imminente et à peu près certaine, à moins qu'on ne parvienne à rétablir promptement l'expectoration. Enfin, ai-je besoin de dire que, dans la première enfance, l'expectoration, à moins d'hémoptysie, et d'hémoptysie quelque peu abondante, fait toujours défaut, du moins en apparence, puisqu'à cet âge les crachats, une fois parvenus dans le pharynx, sont avalés, au lieu d'être expulsés par la bouche ?

F. *Matité thoracique :* symptôme plus ou moins facilement appréciable à une habile et attentive percussion, toutes les fois que la pneumonie occupe une certaine étendue et qu'elle ne reste pas confinée dans l'intérieur du poumon, mais qu'elle s'étend, ce qui est le cas ordinaire, jusqu'à la surface du viscère. La matité existe alors, comme de raison, dans tout l'espace sous lequel gît la pneumonie. Elle est, il faut l'avouer, assez peu manifeste, et, quelquefois même, à peine possible à distinguer, tant que la pneumonie n'en est qu'à son premier degré anatomique, à l'état dans lequel le poumon, comme je le dirai plus bas (650. A.), ne se montre que congestionné, hyperémié, engoué. Mais, dès qu'il y a hépatisation du parenchyme pulmonaire, la matité devient des plus évidentes.

G. *Phénomènes d'auscultation :* c'est à savoir, d'une part et avant tout, à titre de symptômes principaux, ceux qui se produisent là même où siége la pneumonie, et qui peuvent être, 1° la faiblesse du bruit respiratoire, 2° le râle crépitant, ou bien le sous-crépitant, 3° la respiration bronchique, et la bronchophonie, 4° l'absence complète du bruit respiratoire; puis, d'autre part, et accessoirement, la respiration puérile dans le poumon sain, comme aussi dans les parties saines du poumon affecté. Remarquons sur-le-champ, avant de passer outre, avant d'envisager un à un ces divers phénomènes, qu'il est rare de rencontrer une absence complète de symptômes stéthoscopiques pendant toute la durée d'une pneumonie : mais toujours est-il que cela

s'observe quelquefois ; l'auscultation, alors, a beau être répétée fréquemment, fût-ce, par exemple, deux ou trois fois tous les jours, elle ne découvre absolument rien ; c'est lorsque la pneumonie est centrale, en d'autres termes, lorsqu'elle reste cachée dans l'intérieur d'un lobe et, par conséquent, entourée d'une portion de poumon entièrement saine. Bien entendu, au surplus, qu'à l'égard de la pneumonie, ainsi que de toute autre maladie, l'auscultation ne peut non plus nous rien apprendre, et que les caractères stéthoscopiques nous font défaut dans le cas, fort extraordinaire il est vrai, où, par un obstacle quelconque, l'air a cessé d'aller et de venir librement dans les voies bronchiques, comme, par exemple, lorsqu'une tumeur comprime complétement l'une des deux bronches, ou bien lorsqu'un corps étranger s'y est engagé de manière à en boucher exactement le calibre. Cela posé, reprenons successivement chacun des phénomènes stéthoscopiques en question.

α. La *faiblesse du bruit respiratoire* est, d'après les observations de M. Grisolle (*op. cit.*, p. 231-2), le premier phénomène stéthoscopique qui, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, se montre là même où le parenchyme pulmonaire vient à être envahi par l'inflammation. Ce phénomène précède, ne fût-ce que de deux à trois heures seulement, l'apparition du râle crépitant ou autres bruits pathologiques : le plus ordinairement, il existe seul pendant les vingt-quatre premières heures de la pneumonie ; quelquefois, mais très rarement, il se peut que huit jours se passent avant que rien autre chose se fasse entendre à l'auscultation. Quoi qu'il en soit, il paraît clair qu'une telle diminution d'intensité dans le murmure respiratoire tient à ce que, dans l'origine de la pneumonie, l'altération physique du poumon consiste tout simplement dans une surabondance de sang qui ne peut pas laisser que de comprimer, de rétrécir et d'oblitérer même les vésicules.

β. Le *râle crépitant*, ou, à son défaut, le *râle sous-crépitant* (46. F. γ.), voilà bien les symptômes stéthoscopiques les plus facilement appréciables et les plus significatifs qui appartiennent au premier degré de la pneumonie. La production en est due à ce que l'air, au lieu d'aller et venir librement dans les vésicules pulmonaires et les ramifications bronchiques extrêmes, ne s'y meut plus qu'à travers un fluide séro-muqueux ou sanguinolent plus ou moins visqueux, et se trouve ainsi forcé d'y bruire sous forme de bulles plus ou moins fines. Ces râles apparaissent donc, en général, dans les premières vingt-quatre heures de la pneumonie, et suivent ainsi de fort près cette faiblesse du murmure respiratoire qui vient d'être reconnue et décrite comme phénomène initial (α.), et qui paraît avoir échappé à Laënnec, comme elle échappe encore aujourd'hui à bien des observateurs, faute d'être cherchée à

temps. Le râle crépitant, quand il existe, et c'est là la règle ordinaire depuis et y compris la seconde enfance jusqu'aux approches de la vieillesse, le râle crépitant, dis-je, est un symptôme pathognomonique : fût-il seul, il suffit pour révéler l'existence d'une pneumonie. Mais dans la première enfance il est rare qu'il se fasse entendre avec une pureté parfaite, comme chez les adultes; et le plus ordinairement c'est le râle sous-crépitant qui en tient la place : voilà un fait acquis à la science, grâce surtout aux recherches de M. Valleix (*loc. cit.*, p. 36), et de MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 81-3). Chez les vieillards, pareillement, c'est le râle sous-crépitant, plutôt que le crépitant, qui se produit dans le premier degré de la pneumonie. Bien plus, il en est quelquefois de même chez les adultes, surtout dans les pneumonies épidémiques, notamment celles qui dépendent des épidémies catarrhales connues sous le nom de grippe. Quoi qu'il en soit, il est à propos de remarquer que le râle crépitant, dans certains cas, ne se fait entendre à l'observateur que lorsque l'on commande au malade de respirer d'une façon large et profonde; parfois même, ce n'est que par la toux qu'il vient à se révéler. Et il en est peut-être de même du râle sous-crépitant.

γ. La *respiration bronchique* et la *bronchophonie* (46. F. γ.), ces deux phénomènes stéthoscopiques indissolublement parallèles, ont lieu lorsque la pneumonie en est venue au point d'amener à l'état d'hépatisation ou de splénisation tout ou bonne partie d'un lobe pulmonaire; et, à plus forte raison, si c'est le poumon tout entier qui devienne imperméable à l'air, ou, pour mieux dire, qui n'admette plus ce fluide au-delà des plus gros rameaux bronchiques. Dans la plupart des cas, entre le râle crépitant ou sous-crépitant et la respiration bronchique qui s'y mêle quelques heures après, il n'y a point de bruit particulier à remarquer. Cependant, chez quelques malades, suivant les observations de M. Grisolle (p. 237-9), il existe, pendant la transition de la crépitation à la respiration bronchique, un bruit *sui generis*, qui se fait entendre, sinon dans tous les points affectés, du moins dans quelques uns d'entre eux, et qui a été nommé par cet auteur *bruit de taffetas*. Effectivement, toujours suivant M. Grisolle, ce bruit donne à l'oreille qui ausculte la sensation d'un morceau de taffetas neuf qu'on déchire; d'autres fois il se rapprochera davantage du froissement d'une robe de soie. M. Grisolle ajoute : 1° que ce bruit ne se produit jamais que pendant l'inspiration; 2° que, très souvent, pour le découvrir ou le rendre plus sensible, il faut faire tousser les malades, ou tout au moins leur commander une inspiration profonde; 3° que, généralement, il se montre uni au râle crépitant plutôt qu'au sous-crépitant; 4° enfin, qu'on peut le rencontrer dans tous les points de la poitrine, mais que, toutefois, il se présente le plus fréquemment dans le fond de l'aisselle, sur le bord antérieur du

poumon, et dans la partie externe de la fosse scapulaire. M. Grisolle n'hésite pas à considérer ce bruit comme un symptôme certain d'une pneumonie qui passe à son second degré; et, d'après une autopsie, la seule et unique, il est vrai, qu'il ait faite en pareil cas, il penche fort à croire que le bruit en question caractérise une hépatisation qui n'existe encore que vers la surface du poumon.

δ. L'*absence complète de bruit respiratoire*, ni bruit normal ni bruit pathologique, point de râle, point de souffle tubaire, un silence absolu: voilà encore un cas qui peut quelquefois se présenter, soit pour un lobe, soit pour un poumon tout entier en état d'hépatisation. On ignore, du reste, en vertu de quelles conditions particulières l'hépatisation du parenchyme pulmonaire amène le cas en question.

ε. Enfin, pour ce qui est de la *respiration puérile* dans les parties restées saines du poumon enflammé et dans le poumon du côté opposé, sorte de respiration supplémentaire qui semble faite pour compenser ce que la pneumonie ôte d'étendue et de puissance à la respiration naturelle, il faut bien reconnaître que ce n'est point là un cas ordinaire, ni même fréquent. Ainsi, par exemple, sur 36 pneumoniques qu'il observa avec soin sous ce point de vue, M. Grisolle n'en a trouvé que trois qui présentèrent une respiration puérile du côté sain, et six autres chez qui ce phénomène existait du côté malade et dans des points très rapprochés du siége même de la pneumonie, et il est bon de noter que, parmi ces six derniers sujets, il y en eut deux chez qui la respiration puérile se transforma successivement en respiration bronchique (*op. cit.*, p. 242-3).

H. *Symptômes généraux :* cortége plus ou moins important, plus ou moins redoutable, qui se montre essentiellement lié à la pneumonie aiguë, ou bien, en termes plus précis, l'accompagne dans tous les cas ou peu s'en faut. Ces symptômes, d'ailleurs, offrent, suivant les divers cas, des formes et des combinaisons infiniment variées, mais dans lesquelles, néanmoins, les frissons, la fréquence du pouls, la chaleur fébrile, la céphalalgie, l'inappétence, la soif et les sueurs sont un fond à peu près constant. Sous ce rapport, les auteurs s'accordent généralement à distinguer quatre variétés principales de pneumonie aiguë, savoir : 1° la pneumonie franchement inflammatoire; 2° la pneumonie bilieuse; 3° la pneumonie asthénique; 4° la pneumonie ataxique.

α. La *pneumonie franchement inflammatoire* est celle qui se présente avec le simple appareil de symptômes fébriles et hypersthéniques que, dans la théorie générale des inflammations, nous avons déjà signalé à titre de fièvre inflammatoire proprement dite (280. D.).

β. La *pneumonie bilieuse*, — non pas telle qu'on l'entendit assez longtemps dans les théories d'un humorisme suranné, mais telle que Stoll

l'a merveilleusement déterminée et décrite, telle que Pinel l'admit, mais en lui donnant de préférence le nom de péripneumonie gastrique, telle qu'elle est expressément posée à titre d'espèce dans la *Nosologie* d'Alibert (genre cité, esp. 4, *Pneumonite bilieuse*), telle que s'accorde à la comprendre la presque unanimité des médecins d'aujourd'hui, — est une pneumonie avec laquelle co-existe cet ensemble symptomatique connu sous le nom d'*embarras gastrique*, d'*embarras* ou *état bilieux*, ensemble symptomatique que j'ai suffisamment esquissé et caractérisé à propos de la pleurésie bilieuse (585. O. 6.), et sur lequel, par conséquent, je ne crois pas devoir revenir ici. Il est certain que, depuis plusieurs années du moins, la pneumonie bilieuse se montre assez rarement à Paris, même à titre de maladie sporadique; car, notons-le bien, encore un coup, il ne faut voir la pneumonie bilieuse que là où l'ensemble symptomatique en question se montre d'une façon complète et tranchée, et non pas la reconnaître trop complaisamment d'après la seule présence d'un ou deux symptômes gastriques : rien de plus ordinaire, par exemple, que des vomissemens de bile dans les pneumonies les plus franchement et les plus éminemment inflammatoires. Maintenant il ne me semble pas inutile de faire remarquer que, parmi les sujets atteints de pneumonie bilieuse, il y en a chez lesquels tous les symptômes de l'embarras gastrique ont précédé de plusieurs jours l'invasion de la pneumonie; tandis que, chez la plupart de ces malades, l'état bilieux ne se déclare qu'avec la pneumonie, soit dès le début même de celle-ci, soit du moins dans les premiers jours.

γ. La *pneumonie asthénique*, péripneumonie putride ou pestilentielle des vieux auteurs, péripneumonie adynamique de Pinel, pneumonite adynamique d'Alibert (genre cité, esp. 7), pneumonie typhoïde de M. Grisolle (chap. XI, art. Ier, § 2), est une variété fort importante à bien connaître : l'asthénie (114. C. 6.) est là comme élément prédominant, comme élément essentiel de la maladie. Tantôt la pneumonie asthénique est simplement sporadique; tantôt elle sévit épidémiquement. Dans l'un comme dans l'autre cas, il n'est pas rare que la maladie revête d'emblée la forme asthénique; mais, d'autres fois, cette forme ne se prononce qu'après le règne plus ou moins court d'une période franchement inflammatoire. Les symptômes asthéniques peuvent, d'ailleurs, offrir différens degrés de gravité : mais ce qu'il y a de positif, c'est que leur plus ou moins de gravité n'est point en rapport avec l'étendue de la pneumonie, qui, dans bien des cas même, semble être plutôt un simple épiphénomène que le fond de la maladie. Hormis certaines constitutions médicales sous l'influence desquelles la pneumonie asthénique frappe et moissonne les individus de tout âge,

c'est particulièrement chez les vieillards qu'on a occasion d'observer cette maladie ; elle est, pour ainsi dire, endémique dans les hospices consacrés à la vieillesse caduque et décrépite, ou bien usée avant le temps par les infirmités : aussi, aujourd'hui, est-on bien en droit de penser que la soi-disant fièvre adynamique signalée par Pinel comme une maladie propre à la Salpêtrière n'était qu'une sous-variété de pneumonie asthénique, la sous-variété qui mérite le nom de pneumonie latente. Voyez plus bas ce que c'est précisément qu'une pneumonie latente (648).

δ. Enfin, la *pneumonie ataxique*, péripneumonie maligne des anciens, péripneumonie ataxique de Pinel, pneumonite ataxique d'Alibert (genre cité, esp. 8), est celle qu'accompagne une perturbation profonde des fonctions du centre nerveux, comme le délire, les convulsions ou les contractions tétaniques, le coma, ou bien même le carus. Ne serait-ce pas qu'il y a, en pareil cas, complication d'une encéphalite (619. C. α.) ou d'une encéphalo-myélite (624) avec la pneumonie ? Quoi qu'il en soit, une loi pathologique bien certaine, bien et dûment établie par l'observation, est que la pneumonie ataxique se trouve liée, dans la majorité des cas, à la forme asthénique : elle ne constitue alors, rigoureusement parlant, qu'une sous-variété dans la variété de pneumonie que nous venons d'envisager dans l'alinéa précédent ; en un mot, c'est là ce qu'on peut nommer, ce qu'on nomme encore, à la manière de Pinel, une pneumonie *ataxo-adynamique*.

648. *Qu'est-ce qu'une pneumonie latente?* — (Pneumonite larvée, d'Alibert, genre cité, esp. 3). — A. Sous le nom de *pneumonies latentes*, nos devanciers avaient fort bien désigné toutes celles qui ne présentaient ni douleur de côté, ni crachats pathognomoniques, ni même de toux à un degré tant soit peu notable, et qui, par conséquent, passaient inaperçues presque nécessairement sur le vivant, et ne se laissaient constater qu'à l'autopsie. De telles pneumonies ne sont pas rares, surtout à titre de pneumonies deutéropathiques, survenues dans le cours et notamment dans une période avancée de quelque maladie grave, telle que la fièvre typhoïde, le cancer de l'utérus, l'encéphalite chronique (619. C. γ.), etc., et même aussi, mais presque exclusivement chez les vieillards, à titre de pneumonies protopathiques. Si, encore aujourd'hui, on continue de les nommer toutes indistinctement du nom de pneumonies latentes, c'est plutôt par tradition que dans toute la vérité du terme ; car, à parler rigoureusement, une pneumonie ne devrait désormais être qualifiée de pneumonie latente que dans le cas où il y a une absence complète, non seulement des symptômes fonctionnels ci-dessus rappelés, mais encore de tous les signes de percussion et d'auscultation. Or, ce cas est excessivement

rare, du moins en fait de pneumonie lobaire; l'absence complète de symptômes propres à révéler cette affection ne peut guère avoir lieu que durant les premiers jours; et, pour peu que la maladie ait une certaine durée, on finira par en rencontrer des indices plus ou moins importans à l'aide de la percussion et de l'auscultation. A part quelques exceptions qui sont dues à ce que l'inflammation occupe un trop petit espace, et mérite presque le nom de pneumonie lobulaire, ou bien à ce que, tout en ayant une étendue assez notable, elle est située au plus profond du poumon et se trouve entourée d'une couche épaisse de parenchyme pulmonaire resté sain; à part, dis-je, ces quelques exceptions rarissimes, on peut établir en règle générale qu'une pneumonie lobaire n'échappe au diagnostic que parce que la poitrine n'a pas été assez attentivement et assez fréquemment explorée, ou l'a été par un médecin encore peu habile en percussion et en auscultation. Voici, au surplus, les deux conditions diamétralement opposées en raison desquelles bon nombre de pneumonies, même appréciables stéthoscopiquement, sont méconnues sur le vivant et ne viennent à être découvertes que lorsqu'on ouvre le cadavre. 1° La pneumonie reste, pour ainsi dire, masquée, si dès son début, — au lieu de faire naître certains désordres fonctionnels plus ou moins apparens, plus ou moins caractéristiques, de la part même du thorax, — elle s'accompagne d'accidens insolites et réveille trop vivement les sympathies morbides de la part des organes les plus importans : ainsi en est-il, par exemple, dans un grand nombre de ces cas où elle revêt d'emblée soit la forme asthénique (647. H. γ.), soit la forme ataxique (647. H. δ.). 2° D'autres fois, au contraire, la pneumonie passe inaperçue parce qu'elle n'excite dans l'économie que peu ou point de perturbation morbide, parce qu'elle manque de symptômes sympathiques tout aussi bien que d'expectoration pathognomonique et autres symptômes thoraciques immédiatement évidens : c'est là ce qui a lieu quelquefois chez les vieillards, et chez les vieillards seulement. A cette sorte de pneumonie, il faut désormais le reconnaître, revient une certaine part dans le nombre des morts subites qui sont, dans la vieillesse, un événement si peu rare.

649. *Marche et terminaisons de la pneumonie aiguë.* — A. Pour ce qui est, d'abord, du mode d'invasion des pneumonies franchement aiguës (et faut-il à ce propos avertir que je prends ici pour type celles qui surviennent chez un sujet en pleine santé, c'est-à-dire à titre de maladie idiopathique et primitive?), la règle est qu'un frisson plus ou moins violent et de plus ou moins longue durée ouvre le drame morbide. Tous les observateurs sont d'accord sur ce point. C'est sur la fin du frisson même, ou peu après l'apparition de la chaleur fébrile qui succède à ce frisson, que, dans la grande majorité des cas, on voit naître

les symptômes locaux ou symptômes thoraciques, le point de côté, la dyspnée, la toux, etc. : rarement les symptômes thoraciques se déclarent avant le frisson et la fièvre; rarement, aussi, tardent-ils à poindre après le frisson initial. Voilà, par exemple, ce que démontraient, il y a un demi-siècle, les observations de pneumonie recueillies par Pinel dans sa *Médecine clinique* (p. 255-74), où l'on voit effectivement, dans le plus grand nombre desdites observations, le développement du frisson et celui de la douleur de côté, de la toux et autres symptômes locaux avoir lieu le même jour, — et chez quelques sujets seulement, par exception, la douleur thoracique préluder à l'appareil fébrile. Voilà ce que démontrent encore aujourd'hui, et beaucoup plus solidement, les observations et les recherches de M. Grisolle, dans la plus complète des monographies qui aient été jusqu'ici composées sur la pneumonie.

B. Lorsque le médecin peut assister au début de la pneumonie, il lui est facile de constater que l'inflammation n'occupe d'abord, du moins dans la zone superficielle du poumon, qu'une étendue peu considérable. Mais il est rare qu'elle n'envahisse pas bientôt de nouvelles portions de l'organe. Ainsi, par exemple, après avoir débuté par se montrer seulement dans le quart, le cinquième ou le sixième de la surface pulmonaire, elle s'étend ensuite plus ou moins rapidement à la moitié, aux deux tiers ou même à la totalité du poumon. Tantôt ce progrès de l'inflammation se fait d'une façon régulière et continue, et jour par jour : tantôt le mal reste borné dans les mêmes limites pendant plusieurs jours, pour reprendre ensuite de nouveau sa marche envahissante. On ne voit presque jamais chez l'adulte la phlegmasie envahir successivement ou simultanément le sommet et la base d'un poumon, en respectant la portion intermédiaire : chez les enfans, au contraire, ce cas est moins rare. Encore un coup, la règle est, du moins pour les adultes, que la pneumonie, née sur un seul point, se propage ensuite de proche en proche.

C. Non seulement la pneumonie, en s'étendant ainsi de son siége primitif aux parties circonvoisines, peut s'emparer d'un poumon tout entier, mais souvent elle se déclare aussi dans l'autre poumon. Et ce qu'il y a de vraiment remarquable à l'égard des pneumonies doubles, c'est que toutes, ou presque toutes, se développent suivant le mode successif : il est peut-être sans exemple que la maladie ait saisi tout de suite les deux poumons à la fois. Il peut s'écouler quatre, huit, dix, douze jours et même davantage jusqu'à ce que l'inflammation, déjà maîtresse de l'un des poumons, fasse irruption dans l'autre. Et il est à remarquer que l'invasion de cette seconde pneumonie se fait presque toujours d'une manière obscure, et comme on dit, latente, sans frisson ni douleur de côté.

D. Il est assez rare de voir une pneumonie qui ne s'avance pas au-delà de ce qu'on nomme le premier degré, degré consistant anatomiquement, ainsi que nous allons le voir plus bas, dans un simple engouement de la substance pulmonaire (650. A.), et symptomatiquement dans le seul fait du râle crépitant. En règle très générale, la maladie atteint le second degré, c'est-à-dire la période d'hépatisation, qui est aussi celle de respiration bronchique et de bronchophonie. Le passage du premier au second degré se fait très rapidement. Quelquefois la maladie compte à peine douze heures que déjà l'on peut rencontrer du souffle tubaire. Le plus ordinairement, il est vrai, c'est à dater du troisième jour que la respiration bronchique commence à se faire entendre au milieu du râle crépitant; et, si elle n'est pas encore perceptible pendant l'inspiration, tout au moins l'est-elle pendant l'expiration. Une fois le sixième jour venu, l'hépatisation est presque un fait constant; et, certes, c'est une exception rarissime que de rencontrer alors une pneumonie demeurée stationnaire au premier degré. Il paraît, d'après le témoignage des observateurs les plus compétens, que la rapidité de l'hépatisation est, en général, beaucoup plus grande aux deux extrêmes de la vie, chez les nouveau-nés et chez les vieillards caducs et décrépits, que dans les âges intermédiaires.

E. En général, la plupart des symptômes thoraciques et des symptômes généraux vont croissant d'intensité, à mesure que l'altération du parenchyme pulmonaire devient plus considérable sous le rapport de l'étendue et du degré. C'est ainsi que la dyspnée, la fréquence de la respiration, les phénomènes stéthoscopiques, la fréquence du pouls, la fièvre et l'abattement des forces suivent les progrès de la pneumonie, à part quelques rares exceptions. Il n'en est pas de même de la douleur de côté, ni non plus, dans bien des cas, de l'expectoration. En effet, la douleur thoracique, parvenue rapidement, dès les premières heures ou dès les premiers jours de la maladie, à son maximum d'intensité, diminue bientôt ou cesse même entièrement, encore bien que la pneumonie devienne plus grave. On pourrait en dire autant de l'expectoration, qui, généralement, perd au bout d'un certain temps son aspect pathognomonique, et surtout son caractère hémorragique, sa teinte rouge ou rouillée.

F. La pneumonie lobaire aiguë peut aboutir : 1° à la mort, — soit par suite de la suppuration ou de la gangrène du parenchyme pulmonaire, — soit même purement et simplement par le fait de l'inflammation proprement dite au premier ou au deuxième degré, en raison, par exemple, de l'étendue énorme de cette inflammation, qui ne permet plus à l'hématose de s'accomplir comme il faut, et qui entraîne la dyspnée suffocante et l'apnée, ou bien en raison de la gravité et de la violence des dé-

sordres sympathiques ; 2° à la guérison, soit par résolution de l'inflammation, dans le sens le plus strict et le plus heureux de ce terme (281. B.), sans que la pneumonie ait franchi le degré d'hépatisation rouge, soit même, parfois aussi, après et nonobstant la suppuration et la gangrène ; 3° à l'état de pneumonie chronique (voir plus bas, § II). Insistons maintenant sur quelques détails qui concernent particulièrement les deux premiers modes de terminaison, et qui méritent attention.

α. Lorsqu'il y a *résolution de l'inflammation*, on voit les symptômes généraux et locaux diminuer, puis disparaître successivement. La fièvre tombe ; la dyspnée s'apaise ; les crachats deviennent blanchâtres, purement glaireux, et ressemblent à ceux de la seconde période d'une bronchite (505. A. ε) ; la toux est moins fréquente. En même temps, le râle crépitant, si tant est qu'il eût, comme c'est la règle (D.), disparu complétement et fait place à la respiration bronchique, reparaît, mais, le plus ordinairement du moins, avec un caractère nouveau, c'est-à-dire avec des bulles plus humides et plus grosses que dans le commencement de la pneumonie. C'est ce que Laënnec a spécialement désigné sous le nom de *râle crépitant de retour* (*ronchus crepitans redux*). D'abord peu abondantes et perçues seulement pendant la toux ou lors d'une inspiration profonde, les bulles de ce râle finissent, à mesure que la résolution de l'hépatisation fait des progrès, par se faire entendre en masse serrée et pendant les inspirations ordinaires. Quelquefois, le râle crépitant redux se trouve être exactement le même que celui du premier degré de la pneumonie ; il est aussi sec et aussi fin. Dans d'autres cas, au contraire, le râle crépitant redux se montre près de rentrer dans le râle sous-crépitant, non seulement par le volume et l'inégalité des bulles, mais aussi en ce que plusieurs bulles se font entendre même pendant l'expiration. Je ne crois pas impossible, mais, à coup sûr, il est fort rare que le poumon revienne de l'état d'hépatisation à l'état naturel sans la moindre apparition du râle crépitant redux, sans qu'il y ait un seul instant où se produise ce phénomène stéthoscopique. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que le râle crépitant redux a un règne d'une durée extrêmement variable, depuis quelques heures jusqu'à un ou deux mois. Toujours est-il que, tôt ou tard, il finit par faire entièrement place au bruit naturel de la respiration, qui toutefois, il faut le dire, persiste un certain temps à se produire sous forme de *respiration jacksonienne* 46. F. γ.). Enfin, le bruit respiratoire reprend son rhythme normal et aussi son intensité, après être resté faible plus ou moins longtemps : car on peut établir en règle générale, et presque sans exception, que, de tous les phénomènes stéthoscopiques observés dans la pneumonie, la faiblesse du bruit respiratoire est le plus lent à disparaître, ce qui tient, sans nul doute, à un reste d'engorgement et d'imperméabilité du parenchyme

pulmonaire. Toutes les fois que la pneumonie a une certaine étendue, il est facile de constater que la résolution ne s'opère pas simultanément et avec une égale rapidité sur tous les points. Ordinairement, les parties qui ont été atteintes les dernières sont celles où la résolution prend son commencement : le contraire est l'exception, mais une exception qui n'est pas très rare. En conformité avec cette loi pathologique, il arrive presque toujours, dans les cas de pneumonie double, que la résolution commence par la seconde pneumonie, ou, tout au moins, si elle se déclare simultanément dans les deux poumons, s'achève beaucoup plus vite dans le poumon envahi le dernier que dans celui qui l'a été le premier. En général, on est en droit d'affirmer que le travail de résolution en fait d'hépatisation pulmonaire marche assez lentement : plus communément qu'on ne se l'imagine, il est possible de rencontrer des pneumoniques chez lesquels, pendant cinq à six semaines après leur entrée en pleine et franche convalescence, on continue encore à entendre du râle crépitant redux dans une étendue considérable ; cela s'observe souvent chez des individus qui ont repris de la force, qui sont sans fièvre, qui ont un bon appétit, et peuvent le satisfaire sans inconvénient, qui toussent à peine et semblent même n'avoir pas du tout de dyspnée. Quoi qu'il en soit, au fur et à mesure que l'auscultation constate les progrès de la résolution de l'engorgement pulmonaire, la percussion aussi, de son côté, reconnaît une diminution progressive de la matité thoracique, et enfin le rétablissement de la sonorité normale. En général, dès que la maladie commence à s'amender, l'amélioration porte à la fois sur les symptômes locaux et sur les symptômes généraux : mais cette règle ne laisse pas que de souffrir de nombreuses exceptions. Terminons en remarquant que souvent cette amélioration coïncide, à son début, avec l'apparition de ce qu'on appelle des phénomènes critiques (54. F. G. I.): c'est là un fait enseigné par les auteurs anciens, et qui a été également reconnu et proclamé par les observateurs contemporains les plus exacts, notamment par Laënnec, par MM. Andral, Chomel, Grisolle, etc. Les plus ordinaires de ces phénomènes critiques, sont : des sueurs plus ou moins abondantes; l'herpès labial (348), surtout celui de la lèvre supérieure ; l'épistaxis; et enfin, des selles diarrhéiques et fétides

c. Lorsqu'il y a *suppuration* du parenchyme pulmonaire, soit à l'état d'infiltration, soit à l'état d'abcès, qu'a-t-on de particulier à remarquer dans le drame morbide? Et d'abord, n'hésitons pas à l'avouer, la symptomatologie ne nous présente rien qui soit la manifestation constante et infaillible du passage de la pneumonie du second degré au troisième degré, c'est-à-dire, en d'autres termes, de son passage à l'état d'infiltration purulente, ou suppuration diffuse, ou hépatisation grise. Non, il n'y a rien de vraiment caractéristique, ni dans les symptômes géné-

raux ni dans les symptômes locaux et stéthoscopiques. A la rigueur, pourtant, il y a lieu de considérer comme très probable l'existence d'une infiltration purulente, s'il arrive qu'après avoir constaté pendant plusieurs jours, dans une portion de poumon, un souffle tubaire sans mélange de râle crépitant, on y entende du râle sous-crépitant ou du râle muqueux avec ou sans persistance du souffle tubaire, et qu'en même temps les symptômes généraux, loin de s'amender, aillent de mal en pis. Dans les cas, en effet, où la pneumonie parvient au troisième degré, l'état général devient toujours plus fâcheux; le facies s'altère profondément; l'asthénie se prononce de plus en plus; le pouls va s'affaiblissant; les dents et la langue s'encroûtent de matières fuligineuses; la dyspnée augmente, le subdélirium et le coma surviennent, et enfin la mort. Voilà le terme fatal où la pneumonie, une fois entrée dans le troisième degré, aboutit ordinairement. Il est probable que la mort enlève presque toujours les sujets chez lesquels l'infiltration purulente occupe une étendue tant soit peu considérable. Quelques médecins prétendent même qu'une hépatisation grise du poumon n'est, en aucun cas, susceptible de se résoudre; et il faut convenir qu'il est difficile de les convaincre du contraire, puisque, comme je viens de le dire, il n'y a aucun signe certain pour diagnostiquer cette hépatisation, pour la distinguer, sur le vivant, d'avec l'hépatisation rouge. Néanmoins, tout porte à croire que l'hépatisation grise n'exclut pas absolument la possibilité de la guérison : l'on voit quelques sujets chez qui toutes les présomptions se trouvent réunies pour faire supposer le troisième degré de la pneumonie, et qui, pourtant, finissent par guérir, quoique avec une certaine lenteur; au surplus, en pareil cas, le râle crépitant redux et en général tous les phénomènes stéthoscopiques ne se montrent pas différens de ce qu'ils sont dans la résolution de l'hépatisation rouge. Dans certains cas, assez rares il est vrai, mais dont la réalité est, comme nous le verrons, parfaitement établie par les observations nécroscopiques (650. D.), le pus ne reste pas à l'état d'infiltration, mais se réunit de manière à constituer un véritable abcès. En semblable occurrence, il peut se présenter des phénomènes stéthoscopiques, tels que râle caverneux, respiration caverneuse, pectoriloquie plus ou moins bien caractérisée, qui indiquent la présence d'une excavation pulmonaire. Mais c'est seulement à la double condition : 1° que l'excavation communique avec les bronches par des ouvertures suffisantes; 2° qu'elle soit vide en partie ou en totalité. Double condition qui ne paraît pas être des plus ordinaires à rencontrer. Pour ce qui est de la percussion en cas d'abcès pulmonaires, tant qu'ils sont pleins, il est évident qu'elle doit constater une matité complète, absolument comme dans l'état d'hépatisation. Mais s'il arrive, au contraire, qu'un abcès pulmonaire, d'ailleurs situé peu profondément et assez voisin de

la surface thoracique, vienne à se vider, et que l'air y fasse irruption pour se mêler avec le pus ou même le remplacer complétement, alors la percussion pourra obtenir un bruit de pot fêlé, ou bien même un son tout-à-fait tympanique, nettement circonscrit dans les limites qui correspondent à l'étendue occupée par la caverne. Puisque les phénomènes d'auscultation et de percussion propres à caractériser la terminaison de la pneumonie par abcès ne peuvent avoir lieu qu'autant que l'abcès communique assez largement avec les bronches, il est clair que, le plus souvent, ces phénomènes doivent être précédés par une expectoration purulente, et où, quelquefois même, il peut se trouver des fragmens de poumon, très facilement reconnaissables en général. Cette expectoration n'est pas loin, en vérité, d'avoir la valeur d'un symptôme pathognomonique, toutes les fois que, à la suite d'une pneumonie aiguë et sans complication d'un état tuberculeux, elle se déclare tout-à-coup et à flots abondans, et, comme on dit, à véritable titre de vomique. L'époque à laquelle survient l'évacuation des abcès pulmonaires sous forme d'expectoration, doit nécessairement varier suivant maintes circonstances, notamment suivant la marche plus ou moins aiguë du travail inflammatoire, suivant la formation ou l'absence d'un kyste qui circonscrive et isole l'abcès, suivant le plus ou moins de solidité de ce kyste, etc., etc. Les recherches faites à ce sujet par M. Grisolle tendent à établir (*loc. cit.*, p. 336) : 1° qu'une telle évacuation de la suppuration pulmonaire ne peut guère arriver avant la fin du second septénaire ; 2° qu'elle manque rarement de s'accomplir chez les individus qui ont dépassé le quatrième septénaire de la maladie; 3° qu'elle peut fort bien s'achever en deux jours et même moins encore, ou durer, au contraire, longtemps — trois mois, par exemple. Ce qu'il y a de certain, c'est que le phénomène se présenterait, sinon constamment, du moins très souvent, à l'observation clinique, si la vie des malades résistait et se prolongeait davantage : mais, par malheur, la plupart d'entre eux succombent avant le temps nécessaire pour la formation et l'élimination de l'abcès. Pour mon compte, je n'aurais aucunement besoin de l'autopsie pour être tout-à-fait convaincu qu'il y a eu terminaison d'une pneumonie par abcès, si, chez un pneumonique donné, il m'arrivait de constater, consécutivement à l'expectoration soudaine d'une abondante quantité de pus, les signes d'auscultation et de percussion précédemment indiqués. Tel est, par exemple, le cas observé par M. Heyfelder, et que ce savant clinicien raconte, en l'interprétant ainsi, dans ses *Studien*, recueil d'intéressantes observations déjà cité et déjà mis à contribution (272). Voici, en peu de mots, ce cas : — Un malade était atteint d'une pneumonie, que l'auscultation du côté droit démontrait dans la partie inférieure du poumon jusqu'à la hauteur du mamelon, la partie supérieure étant, d'ailleurs, parfaitement saine;

tout-à-coup une expectoration abondante de pus survint et fut suivie d'un soulagement immédiat; aussitôt, on trouva, à l'auscultation, le râle caverneux et la pectoriloquie là même où la pneumonie avait son siége. Pour ce qui est, maintenant, de l'ouverture et de l'épanchement des abcès pulmonaires dans la plèvre, dans le péricarde, ou bien enfin dans la cavité abdominale, nous admettons avec les anciens auteurs ces diverses terminaisons comme chose possible. Mais, assurément, ce sont là des cas très rares. Ce qu'il doit y avoir de moins rare en ce genre, sans aucun doute, c'est que l'abcès se fasse jour dans la plèvre : inutile de dire qu'en semblable circonstance se montreront tous les symptômes d'une pleurésie suraiguë, et souvent, cela est probable, avec complication de pneumo-thorax. Jusqu'à présent il n'y a, dans les annales de la science, aucun fait qui prouve qu'un abcès dû à une pneumonie aiguë,—hormis le cas très exceptionnel où il a pour cause déterminante un corps étranger, comme un épi de blé, d'orge ou d'avoine, introduit par les voies bronchiques jusqu'au plus profond du poumon,—puisse en toute autre circonstance s'ouvrir à travers les parois thoraciques. Il est aisé de concevoir, en effet, que ce dernier mode de terminaison doit être excessivement rare, en raison de la facilité infiniment plus grande qu'a le pus à s'échapper par la voie des bronches, et en raison du temps très long qu'il faut pour la perforation des parois thoraciques par le mécanisme de l'absorption progressive (voir en *Pathol. chir.*, t. Ier, p. 72 et 73). En général, pendant que s'opèrent tous les divers phénomènes qui sont liés au développement des abcès pulmonaires, bien des symptômes caractéristiques de la pneumonie aiguë ne sont plus là: plus de crachats rouillés, plus de douleur thoracique; le symptôme local le plus important est une dyspnée plus ou moins forte. Quant aux symptômes généraux, ils varient suivant l'issue définitive que doit avoir la maladie. Lorsque le malade est destiné à mourir, et c'est là tout au moins la règle générale, la fièvre continue de sévir avec autant ou même plus d'intensité qu'auparavant; elle prend le caractère de fièvre hectique avec amaigrissement plus ou moins rapide, marasme et diarrhée colliquative. Mais enfin toujours est-il que parfois, quoique rarement, les abcès pulmonaires peuvent se terminer d'une manière heureuse après une expectoration purulente d'une durée plus ou moins longue : c'est ce qui me paraît très bien prouvé par les faits tels que celui que j'empruntais tout-à-l'heure à M. Heyfelder, tels que Laënnec affirme en avoir observé dix-huit dans le cours d'une seule année, de l'année 1823 (*Tr. de l'auscult.*, t. I, p. 409-10).

γ. Quant à la terminaison de la pneumonie par *gangrène*, c'est un cas très rare, ainsi s'accorde-t-on à le reconnaître, du moins depuis Laënnec (t. I, p. 443). Celui-ci professa même que la gangrène du

poumon, en quelque circonstance que ce fût, était bien moins un effet imputable à l'inflammation, à son intensité, aux particularités anatomiques qui s'y trouveraient jointes, qu'une sorte de maladie toute spéciale. Comme je partage à peu près l'opinion de Laënnec,—comme, par conséquent, il entre dans mon plan de poser et d'étudier la *Gangrène du poumon* comme un genre nosographique vraiment à part, dans la suite de cette première section de la *Pathologie spéciale*, chapitre VII, —je renvoie donc le lecteur à ce chapitre, pour qu'il y apprécie les conditions étiologiques, les symptômes et l'issue de la gangrène pulmonaire, en ce qui touche, même, aux cas où cette gangrène succéderait à la pneumonie la plus franche et la mieux prononcée.

650. *Anatomie pathologique.* — A. *Premier degré de la pneumonie*, ou *Engouement:* vice anatomique des plus évidens, et que fait reconnaître à l'instant l'ensemble des caractères qui suivent. 1° Le poumon présente extérieurement une couleur violacée, livide ou lie de vin ; sous la pression de la main, on le sent à peine crépiter ; il se montre presque entièrement dépourvu de son élasticité naturelle ; il est plus lourd, plus compacte ; souvent même il conserve l'impression des doigts comme le ferait une partie œdémateuse. 2° Lorsqu'on incise une portion de poumon engouée, la surface des incisions laisse aussitôt sourdre de toutes parts en grande abondance un liquide séreux, rougeâtre et spumeux ; la texture de l'organe n'est pas entièrement dénaturée et présente encore très manifestement l'apparence spongieuse : seulement il y a là une coloration rouge ou livide plus ou moins foncée, et une diminution de consistance ; le tissu pulmonaire se laisse alors déchirer plus facilement que dans l'état normal, et l'on peut y faire pénétrer, y enfoncer les doigts sans employer beaucoup de force. Au surplus, il faut l'avouer, rien dans tout cela n'est de nature à différencier infailliblement l'engouement inflammatoire d'avec celui qui ne tient qu'à une pure et simple hyperémie, notamment d'avec l'*Hyperémie pulmonaire des moribonds* (200), ni même d'avec l'hyperémie toute mécanique qui peut encore, après le dernier soupir, se former dans les parties déclives du poumon. Dans ces derniers cas, quoi qu'on en ait dit, il se peut très bien que le tissu pulmonaire ait même cette friabilité qui avait été réputée par quelques auteurs pour le caractère distinctif de l'engouement inflammatoire. En maintes circonstances, donc, il est difficile et même impossible de déterminer, d'après la seule inspection du cadavre, quelle est la nature de l'engouement du poumon : force est bien, alors, d'avoir recours à la considération des symptômes que le sujet a présentés. Quoi qu'il en soit, dans l'état d'engouement, le tissu pulmonaire est encore perméable à l'air et n'a pas cessé d'en contenir : aussi les morceaux qu'on met dans l'eau continuent-ils de surnager. C'est que, sans aucun doute, les vési-

cules pulmonaires ont alors leur cavité rétrécie par le fait de la turgescence hyperémique de leurs parois, et obstruée par l'exhalation sanguine et muqueuse, mais non pas oblitérée, non pas entièrement vide d'air. En théorie, nous sommes obligés d'admettre qu'avant cet état d'engouement, caractérisé comme il l'est par l'exhalation morbide accomplie à l'intérieur des vésicules, il doit y avoir une phase initiale, une phase préparatoire, pendant laquelle l'hyperémie phlegmasique produit une sécheresse insolite dans les vésicules, pendant laquelle, par conséquent, l'auscultation ne peut pas encore apercevoir le râle crépitant, mais seulement la faiblesse du bruit respiratoire (647. G. *α.*) : mais, en fait, cela n'a point été jusqu'ici constaté nécroscopiquement d'une façon évidente. Terminons en notant que l'engouement inflammatoire du poumon se montre rarement seul à l'autopsie, mais presque toujours conjointement avec une ou plusieurs des altérations qui vont être décrites ci-après.

B. *Deuxième degré de la pneumonie*, dans lequel le parenchyme pulmonaire se trouve tellement engorgé par le sang qu'il ne contient plus d'air du tout, et qu'il offre un défaut absolu de perméabilité : c'est le *ramollissement rouge* de M. Andral. C'est, dans un langage généralement, j'allais dire universellement adopté, l'*hépatisation rouge*, ou *hépatisation* par excellence, du moins pour la grande majorité des cas ; et, pour quelques autres cas, la *splénisation*. Dans l'hépatisation, ainsi que l'indique le nom même, le poumon offre beaucoup de ressemblance avec le foie, sous le quadruple rapport de sa couleur, de sa consistance, de sa pesanteur, et, enfin, de l'aspect granulé qu'il présente intérieurement. En effet, 1° une coloration rouge plus ou moins foncée, le plus souvent manifeste à l'extérieur même du poumon, existe immanquablement à l'intérieur, et, là, se montre parfois assez uniforme, mais, d'ordinaire, irrégulière, inégale, nuancée, et comme marbrée, les rameaux bronchiques, les vaisseaux sanguins, les taches de matière noire, et les cloisons celluleuses interlobulaires se dessinant encore, plus ou moins distinctement, sur les tranches de la portion hépatisée ; 2° le tissu pulmonaire hépatisé n'est plus crépitant ni élastique, et, toutefois, quoique plus compacte qu'à l'état normal, il est devenu plus friable, plus facile à déchirer et à écraser entre les doigts ; il ne laisse d'ailleurs échapper, sous les incisions du scalpel, que peu ou point de liquide, tout au plus voit-on sourdre çà et là quelques gouttes d'un liquide rougeâtre, non aéré, et toujours plus épais que celui qui se montre dans la période d'engouement ; 3° le tissu pulmonaire hépatisé est beaucoup plus pesant qu'à l'état normal, de telle sorte qu'au lieu de surnager, il va au fond de l'eau ; 4° enfin, à la surface des tranches qu'on pratique dans un poumon hépatisé, il est aisé d'apercevoir une multitude de gra-

nulations, d'une forme légèrement aplatie; la disposition granulée est encore bien plus apparente, lorsque, au lieu d'employer l'instrument tranchant, on a tout simplement déchiré le poumon. Les granulations ne sont sans doute rien autre chose que les vésicules pulmonaires transformées en autant de corpuscules pleins et solides par l'épaississement de leurs parois et peut-être, que sais-je? par l'obstruction hémorragique de leur cavité. De plus, il paraît clair et certain que le poumon hépatisé augmente réellement de volume, en sorte que, quelquefois, il peut même recevoir et garder l'empreinte des côtes, comme l'attestent certains observateurs bien dignes de foi, et, entre autres, Pinel et M. Bricheteau (art. *Pneumonie* du *Dict. des sc. méd.*, t. XLIII, p. 426), M. Laurence (*Mémoire sur la gangrène du poumon*, dans le journal *L'Expérience*, n° du 20 mai 1840), M. Sestier (*op. cit.*, p. 13), etc. L'augmentation de poids que j'ai déjà indiqué parmi les attributs du poumon hépatisé, peut quelquefois être fort considérable : car cet organe, qui, à l'état sain, pèse environ 220 à 250 grammes chez l'adulte, peut en cas d'hépatisation totale peser 2 kilogrammes et plus ; M. Grisolle l'a vu, dans un cas, peser 2 kilogrammes 1/2. Il importe de remarquer que l'hépatisation ne présente pas toujours l'aspect granulé ci-dessus indiqué : premièrement, chez les nouveau-nés, d'après les observations de M. Valleix (*loc. cit.*, p. 49), elle n'offre pas du tout ce caractère; secondement, chez les vieillards aussi, non pas constamment, mais dans un assez bon nombre de cas, elle se montre sans granulations, et, comme on dit, à titre d'*hépatisation plane ;* troisièmement, enfin, si par hasard la pneumonie envahit un poumon depuis longtemps comprimé, aplati, *carnifié*, comme on dit, par un épanchement pleurétique (587. A. 6.), il n'y a pas, il ne peut pas y avoir là d'hépatisation granulée, à cause de l'ancien et irrévocable affaissement des vésicules pulmonaires, mais seulement une sorte de carnification très hyperémiée, très dense et très lourde du parenchyme pulmonaire, qui, coupé ou déchiré, a un aspect lisse et uni. Maintenant, pour ce qui est de la splénisation, ainsi nommée parce que l'altération du poumon présente alors la plus grande ressemblance avec le parenchyme de la rate, en voici la description : le poumon splénisé est d'un rouge vineux ; il est flasque, ramolli, et on y enfonce le doigt avec la plus grande facilité; mis dans l'eau, il ne surnage plus; sous l'incision du scalpel, il laisse écouler une grande quantité d'un liquide rougeâtre ou vineux peu ou point aéré ; coupé ou déchiré, il n'offre point un aspect grenu. Dans certains cas, au surplus, la splénisation et l'hépatisation existent ensemble sur un seul et même poumon.

C. *Troisième degré de la pneumonie :* infiltration purulente, suppuration diffuse, hépatisation ou splénisation grise, comme on voudra

dire; ou bien encore, en d'autres termes, ramollissement gris, disent les uns, — induration grise, disent les autres, — par une sorte de contradiction, plus apparente que réelle, plus verbale que doctrinale, et qui tient à ce que les uns envisagent surtout la friabilité du tissu affecté, et les autres, sa compacité anomale. Dans ce degré de la pneumonie, le parenchyme pulmonaire se trouve, en effet, compacte, imperméable à l'air, friable et, généralement du moins, granulé, comme dans le degré précédent : mais la couleur rouge ou violacée a fait place à une couleur grise ou jaunâtre, qui, apparaissant dans le principe par points disséminés çà et là, finit, à raison de la multiplication successive de ces points de suppuration, par envahir uniformément toute l'étendue qu'occupe la pneumonie. Sous les incisions du scalpel, le poumon atteint d'hépatisation grise laisse suinter le pus par gouttelettes plus ou moins abondantes. Il est encore plus friable que dans l'hépatisation rouge, et souvent une très faible pression suffit pour le réduire en pulpe ou en grumeaux. Après cela, il faut noter que chez les vieillards l'hépatisation grise peut, comme l'hépatisation rouge à laquelle elle succède, manquer quelquefois de granulations et se montrer sous forme d'hépatisation plane (B.). Le cas le plus rare, c'est de voir la splénisation parvenue, elle aussi, à suppuration. Quoi qu'il en soit, le troisième degré n'existe pas toujours, tant s'en faut, dans la totalité du poumon ou de la portion de poumon qui est le siége de l'inflammation : fréquemment il coexiste, dans un seul et même poumon, avec le second et le premier degré, soit que les divers points de ce poumon n'aient été atteints que successivement, suivant la loi la plus ordinaire, soit que l'inflammation ait marché d'un pas inégal dans chacun d'eux.

D. *Abcès pneumoniques :* genre d'altération assez rare pour avoir été un objet de doute et de négation de la part de certains auteurs, mais qui n'en est pas moins un fait acquis à la science, une réalité solidement démontrée par le témoignage des observateurs les plus éminens d'après l'autopsie même, et susceptible aussi, quoique bien plus rarement, de se révéler sur le vivant par certains symptômes, autrement inexplicables (649. F. 6.). La rareté des abcès pneumoniques s'explique naturellement par l'importance physiologique du poumon, où une infiltration abondante de pus devient, en règle ordinaire, une cause prompte de mort, plutôt qu'elle n'a le temps de se réunir en foyer. Au surplus, ces abcès, comme ceux d'une partie quelconque du corps, peuvent être petits ou grands, gros, par exemple, comme une noisette ou comme le poing; tapissés ou non par une pseudo-membrane; pleins d'un pus louable et franchement phlegmoneux, ou d'un liquide séro-purulent, tantôt inodore, tantôt fétide, parfois rougeâtre, parfois mélangé de quelques fragmens de tissu pulmonaire mortifié. Presque toujours ils occu-

pent le centre d'une hépatisation rouge ou grise, assez étendue pour rendre compte, fût-elle seule, de la mort des sujets. Tous les âges ont fourni des abcès pneumoniques à l'investigation nécroscopique : mais c'est surtout chez le fœtus que la pneumonie se montre caractérisée par un plus ou moins grand nombre de petits abcès (Chaussier, *Procès-verbal de la distribution des prix de la Maternité*, année 1812, p. 62. — Andral, *Anat. path.*, t. II, p. 535); ce qui s'explique très bien, si l'on réfléchit que pendant la vie intra-utérine les poumons sont des organes inutiles, inactifs, inertes, et que, par conséquent, l'inflammation peut aisément y parcourir toutes ses périodes avant de causer la mort du fœtus. Quoi qu'il en soit, enfin, il faut bien prendre garde de ne point confondre avec les abcès pneumoniques, de ne point prendre et réputer pour tels ni les épanchemens pleurétiques purulens interlobaires (595.), ni les dilatations des rameaux bronchiques avec présence d'une abondante quantité de mucus puriforme, ni les cavernes tuberculeuses.

E. *Gangrène du poumon :* voir plus loin, chapitre VII.

F. *Ramollissement pultacé du parenchyme pulmonaire :* altération liée quelquefois, mais très rarement à la pneumonie; constatée et signalée particulièrement par MM. Cruveilhier (XXXII[e] livraison, *loc. cit.*), Duplay (*De quelques faits intéressans observés à l'hôpital de la Charité. — Observ. I[re]. Pneumonie droite; hépatisation grise. Ramollissement particulier du parenchyme pulmonaire.* — Dans les *Archives*, février 1833), et Grisolle (*op. cit.*, p. 61-3); se montrant située au centre d'une hépatisation rouge ou grise; consistant en une sorte de bouillie ou de boue, d'une couleur grisâtre, acajou ou noire, mais sans odeur gangréneuse.

G. *Autres altérations presque toujours concomitantes de la pneumonie aiguë :* doivent être principalement réparties sous les quatre chefs qui suivent.

α. Une *pleurésie* plus ou moins étendue existe dans la presque universalité des cas. En général, elle est limitée à l'espace sous lequel existe la pneumonie, et se caractérise là, uniquement là, par une ou plusieurs pseudo-membranes plus ou moins épaisses, parfois extrêmement minces et transparentes au point de pouvoir aisément passer inaperçues, avec présence d'une petite quantité de sérosité trouble dans la cavité pleurale. Ce n'est que dans les cas, relativement rares, dans lesquels la pleurésie est générale ou à peu près, et produit un épanchement abondant, que la maladie mérite véritablement d'être distinguée sous le nom complexe de *pleuro-pneumonie.*

β. Il y a aussi une *bronchite* à peu près constante, à en juger du moins, ainsi que cela me paraît juste et légitime, par la rougeur des bronches, rougeur bleuâtre et vineuse qui commence généralement

dès la bifurcation de la trachée, et devient de plus en plus foncée à mesure qu'on s'approche des dernières ramifications bronchiques.

γ. De plus, encore, il y a l'*altération évidemment inflammatoire des ganglion sbronchiques.* Ces ganglions se trouvent tuméfiés; ils sont plus ou moins ramollis, friables, parfois diffluens; souvent ils offrent une coloration rouge ou lie de vin; mais ils sont rarement infiltrés de pus, plus rarement encore convertis en abcès. C'est là une adénite symptomatique, tout-à-fait analogue à ces adénites que nous voyons si souvent survenir dans la région sous-cutanée, par suite de l'inflammation d'une partie dont les vaisseaux lymphatiques vont se rendre aux ganglions de cette région.

δ. Enfin, la *présence à peu près constante de caillots dans le cœur et les gros vaisseaux du cadavre* est, à ce qu'il paraît, le propre de la pneumonie, une sorte de privilége distinctif, s'il est permis d'ainsi parler, que cette maladie possède entre toutes les autres maladies aiguës et chroniques. Ces caillots, du reste, sont tantôt noirâtres, mous et friables, tantôt décolorés, jaunâtres, tenaces et fibrineux. Serait-il vrai, particulièrement pour ce dernier cas, qu'ils peuvent être considérés, non pas comme un phénomène cadavérique (62), non pas seulement, même comme un phénomène d'agonie, mais comme un phénomène véritablement pathologique, comme un phénomème possible sous l'empire même des forces vitales, non pas, encore un coup, comme effet, mais comme cause de la mort? Question fort litigieuse que j'ai déjà indiquée et que j'ai dû laisser sans réponse décisive (284. Q.).

651. *Complications.* — A. La pleuro-pneumonie, telle que nous venons de la définir tout-à-l'heure (650. G. α.), est, comme de raison, un cas des plus ordinaires et des plus naturels. En semblable circonstance, la règle est que la quantité de l'épanchement pleurétique est en raison inverse de l'étendue que la pneumonie occupe, et du degré où elle est parvenue : on conçoit fort bien, en effet, que le poumon hépatisé, et par là transformé en une masse incompressible, s'oppose, sinon à la formation, du moins à un développement considérable de l'épanchement. Bien entendu qu'à moins d'adhérences extraordinaires entre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale, le liquide s'amasse dans la partie la plus déclive de la cavité pleurale; rarement s'élève-t-il au-dessus du tiers inférieur du thorax, ainsi que nous l'apprennent, avec autant de certitude que de facilité, les recherches d'auscultation et de percussion. La pneumonie occupe-t-elle le sommet ou la partie moyenne du poumon, l'épanchement pleurétique restant ainsi à un niveau inférieur : les symptômes stéthoscopiques propres à chacune des deux affections se montrent séparément dans leur étendue respective. La pneumonie siége-t-elle, au contraire, à la base du poumon : alors les phénomènes stéthos-

copiques de la pneumonie peuvent être masqués plus ou moins complétement par la couche liquide interposée entre le poumon et l'oreille. Suivant le plus ou moins d'abondance de l'épanchement, il se peut que tantôt on n'entende rien du tout par l'auscultation, absolument rien, ni râle crépitant ni aucun autre bruit respiratoire; que tantôt le râle crépitant apparaisse seulement d'une façon obscure, et comme dans le lointain, — en un mot, dans un degré très faible qui contraste avec le haut degré de la matité constatée par la percussion, matité infiniment plus considérable que ne la produit l'engouement pneumonique tout seul; d'autres fois, enfin, c'est uniquement pendant les secousses de la toux, ou dans les grandes et profondes inspirations qui leur succèdent, qu'on entend le râle crépitant, la respiration rude et jacksonienne, etc. Souvent il suffit de déplacer l'épanchement ou de l'étendre sur une plus grande surface, pour faire apparaître à l'auscultation le râle crépitant et le souffle tubaire; ai-je besoin d'ajouter qu'on obtient un semblable déplacement du liquide épanché, si, au lieu d'ausculter les malades sur leur séant, on les fait coucher sur le côté sain, ou mieux encore, si on les fait placer, comme on dit, à quatre pattes? Quoi qu'il en soit, c'est particulièrement en cas de pleuro-pneumonie qu'il est ordinaire d'observer, lorsqu'on fait parler le malade en l'auscultant, un retentissement de la voix à caractère complexe, une sorte de combinaison de l'égophonie avec la bronchophonie, en un mot, la broncho-égophonie.

B. Quant à la coexistence de la bronchite avec la pneumonie, complication à peu près constante, sinon dès le début de toute pneumonie, du moins dans le progrès de la maladie, je renvoie à ce que j'en ai dit à l'occasion de la bronchite elle-même (507. B.). J'ajouterai seulement ici que, d'ordinaire, en cas de pneumonie protopathique, la bronchite concomitante est à peine marquée, à peine appréciable à l'auscultation; tant les râles qui lui sont propres se trouvent remplacés ou masqués par les phénomènes stéthoscopiques de la pneumonie! Mais quelquefois cette bronchite est des plus prononcées, des plus intenses, des mieux caractérisées par une abondante production de râles sous-crépitans, muqueux, sibilans et ronflans, et ne laisse pas que de constituer une complication sérieuse et grave, un considérable surcroît de douleur, de dyspnée et d'angoisse : c'est la *Pneumonite catarrhale* d'Alibert, genre cité, esp. 5. Enfin, en ce qui touche aux pneumonies deutéropathiques qui viennent se greffer sur une bronchite, je dois une explication sur ce que j'ai dit, dans le passage ci-dessus rappelé, de leur fort grande rareté : j'en parlais là relativement à la fréquence excessive, et tout-à-fait immense des bronchites, et sous ce point de vue mes paroles étaient parfaitement dans le vrai. Mais il n'en est plus de même, dès qu'on se borne à envisager la chose relativement au nombre même des pneumo-

nies. Dressez une statistique de celles-ci pendant un certain laps de temps, et vous ne manquerez pas de rencontrer, surtout chez les enfans, une assez notable proportion de cas dans lesquels la bronchite aura précédé et peut-être préparé le développement de la pneumonie. Ces cas-là sont en minorité, sans nul doute, mais en minorité imposante et vraiment digne de considération.

C. Dans bien des cas, dès l'invasion de la pneumonie ou peu après, on voit survenir le délire, puis le coma, avec ou sans autres symptômes d'origine cérébrale. Ne faut-il donc voir là rien autre chose que des phénomènes sympathiques sans altération profonde et essentielle du tissu nerveux? Ou bien, au contraire, y a-t-il là, dans toute la force du terme, complication de deux maladies entre elles, complication de la pneumonie avec l'encéphalite ou la méningo-encéphalite? Quant à moi, je penche fort à considérer cette dernière opinion comme la meilleure, du moins en règle générale. Et voici pourquoi : premièrement, parce que souvent, en semblable circonstance, l'autopsie présente des altérations évidemment phlegmasiques dans les méninges et même dans le parenchyme encéphalique; secondement, parce que le délire se déclare bien des fois de la façon la plus violente avant même que la pneumonie ait elle-même acquis en étendue et en degré une gravité réelle; troisièmement, enfin, parce que la présence des symptômes cérébraux chez les pneumoniques entraîne une mortalité trop considérable, trop excessive pour permettre d'affirmer que ce sont là des symptômes sympathiques et rien de plus.

D. On a prétendu que la pneumonie du côté gauche se compliquait fréquemment de péricardite, d'endocardite et d'aortite. Mais cette assertion ne me paraît pas exacte. Ni l'observation clinique, ni l'anatomie pathologique ne la confirment, pour ceux, du moins, qui ne sont pas trop complaisans et de trop facile composition à l'endroit des signes diagnostiques et des caractères anatomiques de ces inflammations-là.

E. Après l'hépatite et la fièvre jaune, — et dois-je encore ajouter la tant mystérieuse duodénite (471-2)? — la pneumonie est peut-être, de toutes les autres maladies aiguës, celle qui se complique le plus fréquemment d'un ictère. Et cet ictère-là, du moins pour l'ordinaire, non seulement n'est pas lié à une hépatite, mais n'implique pas même la nécessité qu'il y ait en même temps tout un cortége de symptômes bilieux. En un mot, la pneumonie bilieuse (647. II. 6.) existe très souvent sans ictère, et réciproquement la pneumonie avec ictère existe très souvent sans aucun symptôme d'embarras gastrique. Qu'est-ce donc qu'un pareil ictère? Est-ce purement et simplement un phénomène sympathique, en vertu de je ne sais quel rapport occulte entre le poumon et le foie? Ou bien serait-ce, par hasard, un effet de la terreur dont les

malades sont frappés, dans la conscience instinctive qu'ils ont de l'importance vitale du viscère affecté ?

F. Enfin, la pneumonie, à titre d'affection deutéropathique, et trop souvent comme complication ultime, se développe dans une multitude de maladies aiguës et chroniques de toute sorte, entre lesquelles, pour ne point reparler de la bronchite déjà envisagée comme maladie prodromique de la pneumonie (B.), il faut particulièrement signaler le muguet malin (483. — et 486. H.), le croup, la coqueluche, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la tuberculisation pulmonaire, et les affections chroniques du cœur.

652. *Étiologie.* — (287.) — A. En ce qui touche aux causes prédisposantes, voici les remarques sur lesquelles il me semble à propos d'appeler particulièrement l'attention.

α. Les *climats* ne sont pas tous également propres à favoriser le développement des pneumonies, et surtout des pneumonies primitives et idiopathiques. Fort communes dans les climats polaires, dans les climats tempérés, et même encore dans les climats chauds (79. A. ϐ.), les pneumonies sont, au contraire, assez rares dans les climats très chauds, notamment, par exemple, au Sénégal, dans le Delta du Gange, dans l'île de Ceylan, dans les Antilles, etc.

ϐ. Entre les *saisons* diverses, c'est l'hiver et le commencement du printemps, c'est surtout les mois de mars et d'avril qu'il faut reconnaître comme les époques les plus fécondes en pneumonies idiopathiques, sous la latitude de Paris et, probablement aussi, dans tout l'hémisphère boréal. L'analogie porte à croire que, pour l'hémisphère austral, les pneumonies sévissent de préférence pendant que nous avons chez nous l'été et l'automne.

γ. L'influence du *sexe* est ici nulle, ou à peu près. Et si tous les auteurs sont unanimes pour enseigner que les pneumonies idiopathiques se présentent en proportion beaucoup plus forte chez les hommes que chez les femmes, cette différence tient uniquement, sans doute, à ce que ceux-là, plutôt que celles-ci, ont les professions et mènent le genre de vie qui sont, comme nous allons le voir tout-à-l'heure (ι), particulièrement propres à multiplier le nombre des pneumonies. Car la différence en question n'est vraie que pour la statistique des sujets adultes et dans la force de l'âge; elle ne l'est pas pour l'enfance ni pour la vieillesse avancée, deux âges qui ont cela de commun d'être, en général, exempts et libres d'occupations professionnelles et surtout de travaux rudes. Bien plus, elle cesse d'être vraie, à quelque âge que ce soit, dans les pays où les femmes partagent avec les hommes les corvées les plus pénibles, manient comme eux la bêche et la pioche, et, comme eux, affrontent toutes les intempéries de l'air.

δ. Pour ce qui est des divers *âges*, commençons par dire qu'il n'y en a aucun qui soit exempt de payer tribut, et même un assez large tribut, à la pneumonie. Cette maladie n'épargne même pas la vie intra-utérine; on l'a constatée nécroscopiquement sur des fœtus dont elle avait causé la mort et provoqué l'expulsion prématurée, sur des enfans mort-nés, ou qui, venus au monde dans un état d'asthénie extrême, voire même avec toutes les apparences que les nosographes symptomatistes décrivent sous le nom d'asphyxie des nouveau-nés, n'avaient pas tardé de périr après leur naissance : M. Grisolle (*op. cit.*, p. 95-6), après avoir rappelé les faits de cette sorte qui ont été recueillis par divers observateurs, en apporte encore un de plus, qu'il a lui-même observé dans sa pratique d'hôpital. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que les deux extrêmes de la vie extra-utérine, l'enfance et la vieillesse, sont les époques où la pneumonie a son maximum de fréquence. Seulement il est à propos de noter que, dans la première enfance, les pneumonies se montrent beaucoup plus souvent à titre de complication deutéropathique qu'à titre de maladie primitive. Dans la vieillesse, elles sont, sans contredit, tantôt sous l'un de ces titres, tantôt sous l'autre, la maladie aiguë la plus fréquente et la plus meurtrière. Quant à la période moyenne de la vie, c'est de vingt à trente ans que les statistiques médicales accusent le plus grand nombre de pneumonies.

ε. La *mauvaise conformation du thorax* ne constitue pas une prédisposition à la pneumonie protopathique, mais seulement, selon M. Grisolle (p. 108-8) à la pneumonie deutéropathique.

ζ. Une *pneumonie antérieure* est incontestablement, ainsi qu'on a occasion de le vérifier dans la pratique journalière, une raison de craindre que, chez l'individu donné, on ne voie, à intervalles plus ou moins éloignés, provenir de nouvelles pneumonies. Et ce qu'il y a de très remarquable, c'est que le plus ordinairement ces récidives affectent le même poumon que la première attaque avait frappé.

η. Pour ce qui regarde l'influence des *maladies actuelles* (80. G. 6.) chez un individu donné, ai-je besoin de faire remarquer que celles qui sont le plus sujettes à entraîner le développement d'une pneumonie deutéropathique, viennent d'être signalées tout-à-l'heure sous la rubrique des complications (651. F.) ?

θ. Serait-il vrai, comme l'ont prétendu certains auteurs, que la *diathèse rhumatismale* dût être rangée au nombre des causes prédisposantes de la pneumonie, et qu'elle fût capable d'imprimer à cette maladie un cachet particulier, une forme distincte? Les faits ne justifient en rien cette hypothèse étiologique. La *Pneumonite rhumatique* qu'Alibert avait cru devoir conserver comme espèce à part (genre cité,

esp. 6), et sous le titre de laquelle il me semble n'avoir décrit rien autre chose que le rhumatisme des parois thoraciques, que la simple pleurodynie, n'a, en vérité, pas d'existence légitime en nosographie, pas plus que la pneumonie arthritique ou goutteuse, pas plus que la pneumonie vermineuse et autres chimères pareilles, aujourd'hui tombées dans l'oubli.

ι. Enfin, parmi les diverses *professions*, nous pouvons en toute certitude, et d'après l'accord unanime des observateurs, accuser toutes celles qui exigent une activité excessive du système musculaire, qui s'exercent en plein vent et qui exposent l'homme aux intempéries de l'air, comme étant de beaucoup plus fécondes en pneumonies que les professions sédentaires et qui sont à l'abri des vicissitudes atmosphériques. Les recherches de M. Grisolle (p. 121) permettent d'évaluer à plus du double cet excès de proportion.

B. En ce qui touche aux causes occasionnelles, bornons-nous à mettre en relief les points qui suivent.

α. De toutes les causes occasionnelles banales, le *refroidissement du corps* est celle qui se montre ici la plus fréquente, la plus véritablement importante. Souvent, très souvent, voilà une circonstance à laquelle on a droit d'imputer une juste part dans le développement de la pneumonie. Mais il n'en est pas toujours ainsi, tant s'en faut. Gardons-nous de prétendre, avec certains auteurs, que cette cause est une condition constante, une condition *sine qua non*, dans la production de toutes les pneumonies dites spontanées; gardons-nous de confondre, comme le font ces mêmes auteurs dans l'aveugle préoccupation d'un tel système, le refroidissement intérieur qui appartient au prodrome de la maladie même (40. B.), et que les malades, en effet, ne manquent guère d'accuser sur les instances du médecin, avec les refroidissemens qui sont réellement produits par les vicissitudes atmosphériques, et dans lesquels on a tout droit de voir, non pas un phénomène prodromique, mais une cause morbifique. Ces refroidissemens dus à l'action du vent, de la pluie, etc., laissent toujours, entre l'instant où ils ont été produits et celui où la maladie éclate, un espace de temps plus ou moins considérable, durant lequel la santé ne se montre pas troublée et qui est nécessaire à l'accomplissement de ce qu'on pourrait appeler l'incubation pathogénique, tandis qu'au contraire le refroidissement prodromique, né indépendamment de circonstances extérieures, ouvre un drame morbide qui va de là se déroulant d'une façon ininterrompue. Ai-je besoin, enfin, d'ajouter que la plus violente impression de froid ne peut occasionner une pneumonie qu'autant que la prédisposition est là pour y aider, et pour y aider de beaucoup ?

β. A titre de causes déterminantes, nous devons accuser les *lésions*

physiques du poumon, telles que les peuvent produire les coups portés sur le thorax, les plaies pénétrantes de cette cavité, les corps étrangers tombés dans la trachée-artère, et qui, le premier péril de suffocation une fois passé, descendent et s'insinuent jusqu'au sein même du poumon, de manière à offenser, à déchirer, à perforer même, à la longue, la substance propre de cet organe (ainsi a-t-on vu, par exemple, se comporter quelquefois des épis de graminées). Quant à l'inspiration de gaz irritans, tels que l'ammoniaque, l'acide chlorhydrique, etc., l'effet qui en résulte nécessairement et directement, c'est une bronchite; et si par hasard la pneumonie survient, elle ne survient que deutéropathiquement.

γ. Enfin, il est encore permis d'invoquer, à titre de cause occulte ou spécifique, certaines *constitutions épidémiques*, comme, par exemple, celles que nous avons vues de nos jours apparaître et régner sous le nom de grippe, et dans lesquelles la pneumonie, et particulièrement la pneumonie asthénique, venait si fréquemment et si malheureusement se greffer sur cette inflammation catarrhale de toute l'étendue des voies aériennes.

653. *Diagnostic.* — C'est une tâche assez facile, en général, que de reconnaître l'existence d'une pneumonie. Les crachats, d'une part, et le râle crépitant, d'autre part : voilà, pour l'ordinaire, deux signes pathognomoniques qui révèlent manifestement cette maladie. Et chacun de ces deux signes, encore bien même qu'il apparaisse seul, suffira pour asseoir le diagnostic. Mais ce n'est pas tout. Pour quiconque possède bien la symptomatologie de la pneumonie, pour quiconque s'y est une fois initié en lisant ou écoutant les maîtres de l'art et en observant par lui-même, il ne faut plus qu'un juste degré d'attention pour déterminer affirmativement, dans la plupart des cas, non seulement si le malade donné est un pneumonique, mais encore lequel des deux poumons est affecté, en quel lobe et à peu près dans quelle étendue, et, enfin, si la maladie en est à son premier degré ou bien au-delà. Bien des fois même, il est permis à un clinicien expérimenté, non pas d'affirmer positivement, mais de soupçonner avec vraisemblance que la pneumonie est arrivée à suppuration. Annoncer quelquefois, à titre de conjecture fondée sur une habile appréciation des phénomènes stéthoscopiques, qu'il y a splénisation du poumon plutôt qu'hépatisation, et rencontrer juste, ce n'est pas non plus chose impossible. Quant à la terminaison par gangrène, l'odeur caractéristique qui imprègne les crachats et l'haleine la fait très bien reconnaître. Nous avons vu que dans certains cas, très rares il est vrai, les abcès pneumoniques sont susceptibles de tomber sous la portée du diagnostic. N'oublions pas maintenant qu'indépendamment du diagnostic

anatomique ou local, il importe bien de poser aussi le diagnostic de l'état général, de déterminer si la pneumonie est franchement inflammatoire, si elle est bilieuse ou bien asthénique, si les forces vitales sont radicalement épuisées, ou si elles ne sont qu'opprimées et dans une prostration plus apparente que réelle : ce qui, après tout, réclame moins de talent que d'attention, et ne veut guère autre chose qu'un esprit libre de préoccupations systématiques. Mais enfin, il faut l'avouer, la simple question de savoir si une pneumonie existe ou non, a parfois ses écueils. Un premier écueil est de la méconnaître, notamment lorsqu'elle est latente ou centrale, et à combien plus forte raison lorsqu'elle cumule ces deux difficultés. Un second écueil est de prendre pour une pneumonie certaines maladies qui parfois peuvent la simuler jusqu'à un certain point, comme, par exemple, la bronchite dite capillaire (505. A. γ.) avec expectoration striée ou mélangée de sang, la pleurésie avec respiration bronchique et bronchophonie, la tuberculisation pulmonaire à marche sur-aiguë. Le plan et les formes de mon ouvrage ne me permettent pas d'entrer, à cet égard, dans les développemens propres à éclairer et à vider de telles questions. Je m'en fie à la sagacité des lecteurs pour combler cette lacune par leurs études cliniques et par leurs réflexions.

654. *Pronostic.* — A. Quand une pneumonie se déclare, le pronostic est plus ou moins grave, mais toujours grave, ou tout au moins fort sérieux. Car il se peut très bien qu'une pneumonie, commencée même sous les apparences les plus bénignes, atteigne ensuite, par ses développemens ultérieurs, par la mauvaise disposition du sujet, par l'intervention d'affections deutéropathiques, le plus haut degré de gravité et devienne la cause de la mort.

B. Le plus ou moins de gravité du pronostic s'établit en raison composée de plusieurs conditions extrêmement variées, qui peuvent pousser dans le même sens ou bien se contre-balancer entre elles, et dont je vais énumérer et passer rapidement en revue les principales, les mieux connues, les plus solidement appréciées, en me guidant surtout d'après les exactes et consciencieuses recherches de M. Grisolle (*op. cit.*, p. 517-55) :

α. En raison de l'*âge*, et c'est là un point capital, un des élémens les plus importans de la question. Toujours ou presque toujours mortelle aux deux extrêmes de la vie, chez les nouveau-nés et chez les vieillards caducs et décrépits, la pneumonie entraîne une mortalité encore très considérable tout le temps de la première enfance; dans l'adolescence, au contraire, ainsi que dans la jeunesse adulte, elle se montre peu grave et ne tue qu'une très petite proportion des sujets qu'elle attaque ; puis, à partir de là, et à mesure qu'on avance dans la

vie, elle présente une gravité de plus en plus croissante, une léthalité de plus en plus forte, toutes choses égales d'ailleurs.

β. En raison du *sexe*. Car il paraît constant que, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes résistent moins à la pneumonie que les hommes, et qu'il y a, sous ce rapport, une différence de mortalité en faveur de ceux-ci, différence très faible, il est vrai, mais enfin différence réelle : ce qui, au surplus, rentre parfaitement dans le principe que nous allons plus bas exprimer touchant l'influence d'une constitution forte ou débile sur la marche de la pneumonie. Sans compter, en outre, que, pour la femme, la grossesse, l'état puerpéral et l'allaitement sont trois circonstances particulières qui impriment aux pneumonies intervenantes un caractère excessivement grave. A l'égard des femmes grosses, par exemple, on peut poser en règle à peu près sans exception, que, lorsqu'une pneumonie les atteint, elles avortent et meurent bientôt après.

γ. En raison de la *constitution individuelle*. Car, un des résultats les plus évidens de la statistique médicale est celui-ci, à savoir, que la pneumonie est moins dangereuse, moins fréquemment mortelle pour les constitutions robustes que pour les constitutions naturellement faibles, ou pour celles qui sont affaiblies, détériorées, épuisées.

δ. En raison de la *conformation thoracique*. Car, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie est plus grave, plus meurtrière pour les bossus et pour tous les individus à poitrine mal conformée que pour ceux qui ont une conformation irréprochable.

ε. En raison de la *condition sociale*, il faut bien le dire aussi. Car, selon leur aisance ou leur pauvreté, les sujets atteints de pneumonie possèdent ou non autour d'eux toutes les ressources hygiéniques d'habitation, de chauffage, etc., qui sont propres à écarter de la maladie les influences capables d'en aggraver le développement et la marche. Aussi la statistique démontre-t-elle que la mortalité de la pneumonie est plus forte chez les pauvres que chez les riches.

ζ. En raison des *habitudes d'ivrognerie*. Car il paraît constant que les ivrognes, surtout ceux qui satisfont leur ignoble passion, non pas avec du vin, mais avec l'eau-de-vie, et notamment par exemple, comme il y en a tant aux États-Unis et en Angleterre, avec les eaux-de-vie de grain ou de pomme de terre, ont, entre autres punitions de leur vice, le malheur d'être hors d'état de résister, autant que les personnes sobres, aux atteintes de la pneumonie, et y succombent dans une proportion plus considérable.

η. En raison du *siége de la pneumonie*. Et d'abord il va sans dire qu'une pneumonie est d'autant plus dangereuse qu'elle a plus d'étendue. De là, l'extrême gravité du pronostic en cas de pneumonie double. Mais ce n'est pas tout : une chose fort singulière et jusqu'à présent inexpli-

cable, c'est que les pneumonies du lobe supérieur sont un peu plus meurtrières que celles qui affectent la base du poumon.

ϑ. En raison du *degré de la pneumonie*. Dès que les phénomènes stéthoscopiques démontrent qu'une pneumonie a franchi le premier degré, le pronostic devient plus grave que si l'on n'en était encore qu'à entendre du râle crépitant. A combien plus forte raison la gravité du pronostic augmente-t-elle, toutes les fois qu'il y a lieu d'affirmer ou du moins de présumer avec quelque vraisemblance, que l'inflammation est arrivée à suppuration !

ι. En raison de *certains symptômes*. On doit, en effet, reconnaître comme autant de présages sinistres les symptômes que voici : 1° la fréquence excessive du pouls ; 2° les syncopes ; 3° l'orthopnée ; 4° l'impossibilité de rejeter les crachats, et le râlement (46. F. γ.), le pouls eût-il encore de bonnes apparences ; 5° les divers symptômes d'asthénie ; 6° enfin, le délire et autres symptômes cérébraux.

κ. En raison des *complications*. Ce qui est facile à comprendre, sans le secours d'aucun commentaire. Rien de plus sinistre, par exemple, je l'ai déjà dit et je le répète, que ces pneumonies deutéropathiques qui se développent chez un sujet déjà abattu, déjà épuisé par quelque autre maladie grave à laquelle il est en proie : presque toujours elles apportent la mort.

λ. En raison des *pneumonies antérieures*. Suivant l'opinion, ou mieux, suivant les recherches statistiques de M. Grisolle, — et certes son autorité est pour nous d'un grand poids, — il faut admettre que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie est plus grave à titre de récidive qu'à titre de première attaque. Et plus il y a eu, chez un sujet donné, de pneumonies antérieures, plus il paraîtrait que cet excès de gravité est considérable dans une nouvelle pneumonie.

μ. En raison du *mode pathogénique* suivant lequel la pneumonie a pris naissance (93). D'abord, il est parfaitement avéré que les pneumonies nées par accident sous le coup d'une cause déterminante, que les pneumonies traumatiques, en un mot, ne se montrent terribles et mortelles que dans une proportion infiniment moindre que celles qui font explosion par l'effet d'une prédisposition intérieure avec ou sans l'intervention d'une cause occasionnelle banale. Quant aux pneumonies produites par l'influence spécifique d'une cause épidémique, elles sont en général fort graves : mais cette gravité offre encore bien des degrés, bien des variétés, d'épidémie à épidémie ; chaque constitution médicale a, pour ainsi dire, un caractère de bénignité relative ou de malignité absolue qui lui est propre, et c'est d'après ce caractère général qu'on doit asseoir le pronostic à l'égard de nouveaux malades.

ν. Enfin, en raison de l'*époque où le traitement aura été commencé*.

Plus les malades tardent à se faire soigner, à réclamer les secours de l'art, plus leurs chances de salut diminuent. M. Grisolle s'est assuré que, toutes choses égales d'ailleurs, le chiffre proportionnel de la mortalité avait été d'autant plus fort que la pneumonie comptait plus de jours lors de l'entrée des malades à l'hôpital.

655. *Thérapeutique.* — (290.) — A. C'est encore ici le cas, ou jamais, d'insister sur une application éclairée, et la meilleure possible, de toutes les règles qui constituent le traitement hygiénique des maladies aiguës (126). Lorsque la maladie est très peu intense, le traitement hygiénique tout seul est, à la rigueur, une ressource suffisante; et, lorsque l'état des forces, lorsque l'asthénie la plus décidément déclarée contre-indique l'intervention de toute médication energique, il devient forcément la seule ancre de salut, la seule et unique dans toute la vérité du terme. Dois-je rappeler, à ce propos, le fait déjà cité, déjà choisi pour exemple, de cette vieille femme qui, admise dans mon service pour une pneumonie très grave, en guérit à merveille, encore bien que j'aie cru devoir m'abstenir,— ou plus exactement, je le dis avec une entière conviction,—parce que je me suis abstenu de mettre en œuvre, chez cette malade réduite à un degré extrême de prostration, les émissions sanguines et la stibiation (290) ?

B. Phlébotomies, applications de sangsues, ventouses scarifiées : voilà qui est d'usage vulgaire et banal, voilà qui convient effectivement dans la majorité, et, nous le dirons encore volontiers, dans la très grande majorité des cas. Mais ce qui fait le vrai praticien, c'est de ne pas prodiguer cette médication débilitante indistinctement et suivant quelque formule inflexible; c'est d'apprécier chaque fois, avec un discernement heureux, jusqu'à quel point et dans quelle mesure on la doit mettre en œuvre; c'est, enfin, de savoir, au besoin, s'en abstenir. Certes, les saignées sont ici un moyen utile, souvent utile, le plus souvent utile, mais non pas un spécifique qu'une routine aveugle puisse impunément appliquer à tous les pneumoniques et à toutes les variétés de pneumonie. C'est ce que les bons observateurs de tous les temps se sont accordés à reconnaître. Sydenham, par exemple, lui qui n'était rien moins qu'ennemi des saignées, se fit un devoir de proclamer qu'il ne fallait que peu ou point saigner dans les pneumonies de l'épidémie de grippe de 1675 (*Observ. med.* —Sect. V, ch. V, *Tusses epidemicæ anni* 1675, *cum pleuritide et peripneumoniâ supervenientibus*). Tissot nous apprend, dans son traité *De febribus biliosis*, p. 130, qu'il observa, en 1753, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, des péripneumonies *bilieuses;* que tous ceux qui furent saignés, périrent; que ceux qu'il traita par l'émétique en lavage, par les lavemens, et par les diurétiques acides, furent tous guéris. Et, dans ces dernières années, n'avons-nous

pas, tous tant praticiens que nous sommes, parfaitement vu, de nos propres yeux vu, que dans les pneumonies qui accompagnaient la grippe, les émissions sanguines étaient, la plupart du temps, plutôt nuisibles qu'avantageuses; que beaucoup de sujets, même jeunes et dans la force de l'âge, tombaient, dès la première saignée, dans une prostration irrémédiable? Somme toute, quelle est donc la contre-indication des saignées? C'est l'asthénie, l'asthénie radicale et vraie, qu'il faut s'apprendre à bien connaître, à bien apprécier, et surtout à ne pas confondre avec la simple oppression des forces.

C. Les saignées locales, soit par sangsues, soit par ventouses, sont particulièrement bonnes pour combattre, pour enlever les douleurs thoraciques, pongitives ou diffuses, qui accompagnent souvent la pneumonie. D'ordinaire, elles réussissent fort bien à cela, même après que la saignée générale y a échoué, et que, tout en modérant la fièvre, tout en modifiant avantageusement et puissamment la marche de la phlegmasie pulmonaire, elle laisse, ce qui est loin d'être rare, subsister ces douleurs.

D. A l'égal des émissions sanguines, il faut préconiser la stibiation (132. B. δ. — 290. F.) comme un remède excellent pour la pneumonie. C'est à Rasori que revient la gloire d'avoir introduit dans la pratique cette médication héroïque. En l'employant, le médecin italien suivait les inspirations de la doctrine, plus ingénieuse que vraie, qu'il avait imaginée et qu'il donnait comme la clef de la pathologie et de la thérapeutique. Mais, après tout, grâce à lui, grâce à son initiative, nous possédons aujourd'hui cette vérité empirique, à savoir, que les pneumonies se guérissent à merveille sous l'influence des hautes doses de tartre stibié, et que l'économie animale montre pour cette médicamentation une *tolérance*, comme il l'appelle, en vertu de laquelle bien des fois, sinon aussi constamment qu'il l'a avancé et qu'on l'a répété d'après lui, il n'y a ni vomissemens ni évacuations alvines. Cette tolérance quelquefois ne s'établit pas tout de suite, mais seulement après que les premières doses ont occasionné des nausées, et même des vomissemens, des coliques et de la diarrhée. A quoi tient donc le phénomène de la tolérance? Serait-ce purement et simplement parce que le tartre stibié est alors administré à doses réfractées et dans une petite quantité de véhicule, ce mode d'administration étant, à ce qu'il semble, propre à favoriser l'absorption du médicament, et à en enrayer l'action vomitive et cathartique? Ou bien serait-ce là un phénomène inhérent à l'état morbide, un phénomène qui n'aurait sa raison d'être que dans la perturbation même des forces vitales? Mystère que tout cela, jusqu'à présent! Problème environné d'épaisses ténèbres! Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de certain, c'est que depuis Laënnec, qui, le premier en France,

se fit, après expérience, l'ardent promoteur de la méthode rasorienne pour le traitement de la pneumonie, la médecine française, ce brillant foyer de fortes et consciencieuses études, n'a pas cessé, pour sa part, de produire des témoignages de plus en plus nombreux à l'honneur de la stibiation, par l'organe des observateurs les plus habiles et les plus éclairés. S'il m'est permis de joindre ma faible voix à la voix puissante de Laënnec, je célébrerai, moi aussi, de concert avec MM. Grisolle, Sestier, Briquet et tant d'autres de mes contemporains, l'heureuse efficacité de la stibiation. Voici, en effet, quelle est la méthode de traitement qui, dans mon expérience, m'a semblé être la meilleure, et que je me fais aujourd'hui un devoir de suivre, tant à l'hôpital qu'en ville, à titre de méthode générale, sauf, bien entendu, les contre-indications qui me forcent d'y déroger exceptionnellement. Après une, deux ou trois saignées (290. C. α.), selon le cas, — quelquefois même sans saignées, si je les juge absolument contre-indiquées, — je prescris une potion stibiée, ainsi formulée :

℞. Tartre stibié	3 ou 4 décigrammes.
Eau distillée de tilleul	125 grammes.
Sirop d'extrait d'opium	30 à 60 grammes.

F. S. A.

T. A prendre dans la journée par cuillerées à bouche, d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures.

C'est à l'exemple de Laënnec que j'ai pris l'usage d'introduire dans la potion stibiée le sirop d'opium comme correctif. C'est dans l'idée, peut-être erronée, que l'addition d'un tel médicament facilite la tolérance. Toujours est-il que, si, comme le prétend M. Grisolle, cette addition est inutile, elle ne paraît au moins avoir aucune sorte d'inconvénient. Je renouvelle tous les jours la prescription de la potion stibiée jusqu'à ce que je voie la maladie s'amender et entrer dans la période de déclin, ou quelque contre-indication surgir qui ne permette plus de continuer une semblable médication. Selon la force du sujet, selon l'intensité de la maladie, selon le plus ou moins de tolérance pour le remède, j'augmente d'un jour à l'autre la dose du tartre stibié : mais rarement, très rarement arrive-t-il que je dépasse la dose de douze décigrammes pour les vingt-quatre heures. On s'accorde généralement, aujourd'hui, à blâmer comme chose inutile, abusive et pleine d'inconvénient, la continuation de la stibiation jusqu'à complète résolution de la pneumonie, jusqu'à disparition totale des dernières traces de râle crépitant, la tolérance durât-elle tout le temps, ainsi que Laënnec affirme l'avoir vue durer chez plusieurs sujets en pareille circonstance, et durer même parfois jusque dans la convalescence.

C'était pousser à l'excès une médication héroïque, et, s'il est permis de parler ainsi, c'était fort mal à propos jouer avec elle. Mais cet abus, de la part des premiers promoteurs de la stibiation, n'en a que mieux prouvé combien peu il fallait craindre de mettre en œuvre cette médication dans les limites d'une durée sage et raisonnable. Pour ce qui est, maintenant, d'expliquer l'action thérapeutique du tartre stibié à haute dose, rappellerons-nous combien les opinions se montrent diverses sur ce sujet ? Quelques uns ne voient là qu'une action révulsive, due à l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Mais c'est là une explication inconciliable avec le phénomène de la tolérance, fût-il un phénomène exceptionnel et propre seulement à la minorité des cas : bien plus, elle est, en vérité, étroite et mesquine en présence d'un médicament tel que le tartre stibié, d'un médicament, veux-je dire, qui, non moins subtil que puissant, va imprégner toute la masse du sang, et par là les profondeurs les plus intimes de l'économie tout entière. Car, on n'en peut plus douter aujourd'hui, le tartre stibié est tributaire de l'absorption, il passe du canal digestif dans le torrent de la circulation : M. Orfila a démontré ce fait au moyen de l'appareil de Marsh, et notamment, entre autres analyses, sur le foie d'un de mes malades de l'Hôtel-Dieu annexe, à qui j'avais administré le tartre stibié à haute dose pendant plusieurs jours de suite pour une pneumonie (voir le journal *L'Esculape*, n° du 3 septembre 1840). Pour en revenir au point en litige, est-ce donc, comme le supposait Laënnec (*loc. cit.*, p. 514), que le tartre stibié à haute dose doit son efficacité à ce qu'il augmenterait l'énergie de l'absorption interstitielle? Et voilà même, ajouterons-nous, comment Laënnec n'avait aucune difficulté à comprendre que ce médicament ne possédât point contre la pleurésie la même puissance que contre la pneumonie. Ou bien, autre hypothèse, est-ce que le tartre stibié a une vertu spécifique, nosocratique, soit contre toute diathèse inflammatoire en général, soit seulement, en particulier, contre la pneumonie ? Ou bien, y a-t-il quelque autre raison à donner? Mystère que tout cela, encore un coup. Mais nous n'en jouissons pas moins, en pratique, des bienfaits de la stibiation ; sans pouvoir la comprendre parfaitement dans son mode d'action, nous avons en elle une des plus précieuses conquêtes de l'art moderne.

E. D'autres antimoniaux ont encore été employés contre la pneumonie, et ont eu leurs panégyristes. Il paraît, à en croire maints observateurs dignes de foi, que le kermès à haute dose peut être avantageusement substitué au tartre stibié, chez les malades pour qui ce dernier médicament serait une torture intolérable. Ce que l'on nomme improprement, d'après le Codex de 1818, oxyde blanc d'antimoine, l'antimoine diaphorétique lavé des vieux livres de chimie, et, pour parler en

chimiste exact et rigoureux, cette matière insoluble et complexe qui est un mélange de sur-antimoniate, de sur-antimonite et de sur-hypantimonite potassiques en proportions assez variables : voilà un médicament qui a eu de nos jours sa vogue et sa célébrité sous le patronage de M. Trousseau, et que nous ne pouvons point passer sous silence. Laënnec avait déjà fait remarquer (*loc. cit.*, p. 494) qu'on trouve dans un ancien formulaire des hôpitaux de Paris, imprimé en 1764, une potion dite *in pleuritide et in peripneumoniâ*, composée comme il suit : ℞. Antimoine diaphorétique, 4 gros; Infusion de bourrache, 4 onces. Mais ce fut quelques années plus tard que M. Trousseau remit en honneur l'antimoine diaphorétique, et se crut en droit, d'après sa pratique, de vanter ce médicament comme doué de la plus heureuse efficacité contre la pneumonie. Quelques observateurs des plus recommandables joignirent alors leur voix à celle de M. Trousseau, et apportèrent des faits à l'appui des siens : je citerai, entre autres, M. Rostan, sous le nom et l'autorité duquel je viens de lire une observation de pneumonie guérie par l'*oxyde blanc d'antimoine*, à côté d'une autre guérison obtenue par le tartre stibié à haute dose (*Journal des connaiss. médico-chirurgicales*, mai 1838, p. 179-80). Mais l'expérience ultérieure n'a guère justifié les éloges que l'oxyde blanc d'antimoine avait paru un moment mériter ; et force a bien été à M. Trousseau d'invoquer l'hypothèse d'une constitution médicale *sui generis* pour se rendre compte des succès éphémères, exceptionnels, qu'il assure avoir obtenus à l'aide de ce médicament. Voici ce qu'on lit, à cet égard, dans la dernière édition de son *Traité de thérapeutique* (t. II, p. 754-5) : « Nous excluons, » dit-il, « du traitement de la pneumonie les antimoniaux insolubles, à » l'exception du kermès et du régule, parce qu'ils ne nous rendent plus » le même service que jadis. Dans quelques années probablement, il y » faudra revenir, dès que la constitution médicale aura changé, et que » l'économie ne pourra sans dommage supporter l'action de l'émétique, » du kermès et du régule. »

F. Les bains chauds (79. C. γ.) ne doivent pas être absolument exclus de la thérapeutique des pneumonies aiguës. Pris avec toutes les précautions convenables, et sans qu'on ait à craindre qu'ils soient accompagnés ou suivis de refroidissemens plus ou moins fâcheux, ils peuvent parfois être des auxiliaires fort utiles pour modérer l'intensité de l'appareil fébrile. Ils conviennent particulièrement dans le cas où la peau présente une chaleur brûlante et sèche. C'est surtout dans la médecine des enfans que les bons praticiens peuvent mettre à profit contre la pneumonie ce moyen thérapeutique, qui d'ailleurs, je l'avoue et je n'ai pas manqué à le dire déjà, est si souvent contre-indiqué en raison des difficultés d'exécution et de service (126. J.).

G. Les topiques émolliens n'ont guère quelque utilité, dans la pneumonie aiguë, que chez les enfans.

H. A-t-on affaire à ce que nous appelons une pneumonie bilieuse (647. H. 6.) : il ne faut pas hésiter, une fois le diagnostic bien établi, à mettre en usage la médication vomitive et cathartique.

I. En cas de pneumonie asthénique, il faut hardiment, au besoin, faire intervenir les agens de la médication corroborante ou stimulante, les préparations de quinquina, par exemple, ou bien le vin, l'éther, etc. (137-43).

J. En ce qui concerne le traitement de la pneumonie ataxique, le musc à forte dose, — à la dose, par exemple, de 5 à 10 centigrammes toutes les heures, — est un médicament dont un de nos plus célèbres praticiens, M. Récamier, assure qu'il a beaucoup à se louer. Disciple de M. Récamier et témoin de quelques cures presque désespérées dont le musc, entre les mains habiles de ce maître, a paru être le principal instrument, M. Padioleau, aujourd'hui médecin distingué à Nantes, a aussi employé le même médicament, et il le vante avec la plus ardente conviction dans un livre que j'ai déjà eu occasion de citer à un autre propos (446). Çà et là, dans les journaux de médecine, on trouve des observations de pneumonie avec délire, convulsions, etc., où l'intervention du musc se montre suivie d'un amendement manifeste de tous les symptômes et ouvre, pour ainsi dire, la période de déclin : voyez, entre autres, deux cas de guérison qui me tombent sous la main, l'un dû à M. Thibeault, professeur de l'école de médecine de Nantes (*Journ. des conn. médico-chir.*, novembre 1839, p. 193-7), l'autre dû à un ancien aide de clinique de la faculté de Strasbourg, M. Roché fils (même journal, septembre 1840, p. 107-8). Toutefois, c'est là un point de thérapeutique qui est bien loin d'être parfaitement éclairci, et qui appelle de nouvelles recherches. Quant à moi, je dois avouer que, jusqu'ici, je n'ai jamais administré le musc dans les circonstances dont il s'agit; et j'ai par devers moi quelques faits qui m'autorisent à penser qu'en semblable occurrence il est avantageux d'avoir recours à l'emploi de l'opium à haute dose (568. E.).

II. De la Pneumonie lobaire (646. A. α.) à l'état chronique.

Syn. : Pneumonite chronique (Alibert, genre déjà cité, esp. 2).

656. *Nosologie.* — A. Si l'on fait abstraction de ce qu'on pourrait à la rigueur appeler une pneumonie chronique tuberculeuse, si l'on fait abstraction, veux-je dire, de ces indurations phlegmasiques du tissu pulmonaire qui se rencontrent autour des tubercules ou des cavernes produites par le ramollissement de ceux-ci, et appartiennent véritable-

ment à l'histoire de la *Tuberculisation pulmonaire* (voir plus bas, chapitre VIII, art. II), la pneumonie chronique pure et simple, et qui n'est rien que la suite d'une pneumonie lobaire aiguë plus ou moins prononcée, rien que cela, encore un coup, et pas autre chose, est une maladie extrêmement rare. Laënnec ne l'avait, à ce qu'il paraît, jamais rencontrée, et c'est à peine s'il en admettait la possibilité. « Si l'on » examine la question *à priori*, » dit-il (*loc. cit.*, p. 475), « il semble » peu probable qu'un organe aussi vasculaire, aussi mobile, aussi es- » sentiellement vivant que le poumon, puisse conserver longtemps l'in- » flammation à ce degré de lenteur et d'inactivité qui existe souvent » dans les affections semblables d'organes moins nécessaires à la vie. » Aussi peut-on remarquer que les Grecs, ces excellens observateurs » de la nature, n'ont point parlé de péripneumonies chroniques : à » peine en trouverait-on le nom dans les écoles des derniers siècles, » trop habituées cependant (on peut le dire des meilleures) à imaginer » des maladies d'après une théorie. » M. Chomel, au contraire, dès 1827 (*Dict. de méd. en* 21 *vol.*, art. *Pneumonie*, p. 252-4), décrivit d'une façon non équivoque la pneumonie chronique de nature exclusivement phlegmasique et sans complication de tubercules, mais pour l'avoir vue seulement deux fois en seize ans d'une étude assidue de l'anatomie pathologique, sur environ deux cents autopsies par an. M. Grisolle nous apprend (*op. cit.*, p. 86) que, dans le cours de huit années, pendant lesquelles il a fait un *très grand nombre d'autopsies*, il n'a eu occasion de constater que trois fois la maladie en question. Moi aussi, je l'ai rencontrée, mais une seule fois (à l'Hôtel-Dieu annexe, en 1840, internat de M. Charles Léger). Je vais plus bas reparler de ce fait, dont M. Grisolle, d'après la communication que je lui en fis dans le temps, a signalé dans son livre les traits les plus importans (*op. cit.*, p. 350-2). Notons maintenant ici, pour terminer, que si le nom de pneumonie chronique a retenti dans l'école de Broussais comme celui d'une maladie très commune, c'est précisément parce que la phthisie pulmonaire, aux yeux de Broussais, n'était guère autre chose qu'une inflammation.

B. La pneumonie chronique est le plus ordinairement bornée à un seul lobe, et il est même rare qu'elle l'occupe tout entier. Mais, quelquefois aussi, elle peut occuper tout un poumon ; et la XXe observation de Bayle (*Recherches sur la phthisie*, p. 211) semble prouver que les deux poumons peuvent être ainsi affectés tout à la fois.

C. Il est hors de doute que le développement de la pneumonie chronique peut avoir lieu de deux manières, c'est à savoir : 1° à la suite de symptômes plus ou moins manifestes de pneumonie aiguë ; 2° avec des commencemens obscurs, latens, insidieux. Dans le premier cas, on

voit d'abord la maladie s'amender, en apparence du moins : la fièvre diminue ou cesse même tout-à-fait; la douleur thoracique disparaît ; les crachats perdent leur viscosité ainsi que leur coloration hémorragique; l'appétit renaît; mais, nonobstant cette amélioration, quelques symptômes persistent opiniâtrément; les forces et l'embonpoint, loin de reprendre, se perdent de plus en plus; et l'on trouve, en explorant la poitrine, qu'une portion plus ou moins considérable du poumon reste encore affectée et imperméable à l'air, c'est-à-dire que la percussion constate une matité d'une certaine étendue, et que, là, l'auscultation rencontre la respiration bronchique, la bronchophonie, avec des râles sous-crépitans ou même muqueux. Voilà les phénomènes stéthoscopiques que M. Grisolle a entendus pendant tout le cours d'une pneumonie chronique, la seule qu'il ait reconnue et observée sur le vivant (*op. cit.*, p. 350). Au surplus, ce savant et judicieux observateur n'hésite pas à reconnaître, et c'est en effet une chose certaine, qu'il peut y avoir des cas dans lesquels la pneumonie chronique ne présente à l'auscultation que des phénomènes négatifs. C'est-à-dire qu'en pareille circonstance on n'entend ni le murmure vésiculaire ni aucun bruit pathologique; point de bronchophonie non plus; et, en n'ayant égard qu'aux signes fournis par la percussion et l'auscultation, on peut fort bien croire que la maladie est un épanchement pleurétique circonscrit, de date déjà ancienne. Tel fut le cas sur lequel je tombai en 1840, et dont voici, comme je le promettais tout-à-l'heure, un aperçu sommaire : — Jean-Pierre Astoul, âgé de quarante-sept ans, d'une constitution chétive, entra dans mon service (Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Antoine, n° 21), le 14 août 1840, après avoir éprouvé, il y avait déjà quelque temps, des accidens aigus du côté de l'appareil respiratoire. Il avait encore de la toux et de l'oppression. L'exploration du thorax fit reconnaître, dans le tiers inférieur du côté droit, une matité absolue, avec absence de toute espèce de bruit normal ou pathologique. Point de fièvre, ou si peu que rien. Je crus à l'existence d'un simple épanchement pleurétique. Plus tard, le développement d'une sorte de fièvre hectique et le rapide progrès de l'amaigrissement m'inspirèrent le soupçon d'une complication tuberculeuse. Enfin, environ trois mois après le début de la maladie, le marasme et l'asthénie étant à leur comble, la mort eut lieu, le 26 août. A l'autopsie, nous ne trouvâmes qu'une induration très ferme, non granulée, de tout le lobe inférieur du poumon droit, sans épanchement dans la plèvre, sans tubercules ni granulations miliaires. — En pareil cas, comment expliquer l'absence de toute espèce de bruit respiratoire? Serait-ce que les tuyaux bronchiques de la partie malade sont, sinon oblitérés, du moins assez aplatis pour ne permettre l'entrée que d'une très petite quantité d'air?

Ou bien serait-ce que le poumon, à cet état d'induration, tout en recevant encore de l'air dans les gros rameaux bronchiques, a perdu la propriété de vibrer, et, partant, de transmettre les bruits de la respiration? Voilà un problème qui reste encore à résoudre, ainsi que tant d'autres points concernant l'histoire symptomatologique, jusqu'à présent fort peu connue et à peine ébauchée, de la pneumonie chronique.

D. Pour ce qui est des caractères anatomiques de la pneumonie chronique, le fait essentiel et constant est l'induration du parenchyme pulmonaire, devenu par là plus ou moins complétement imperméable à l'air. Bien différente de l'hépatisation aiguë, cette induration offre une consistance très ferme, à tel point qu'il y a parfois grande difficulté d'écraser entre les doigts le parenchyme induré. Il va sans dire que si l'on met dans l'eau les portions de poumon ainsi affectées, elles ne surnagent pas, mais vont au fond. Du reste, leur coloration extérieure est variable; le plus souvent d'un gris un peu cendré, d'autres fois elle est rougeâtre ou noire; et même il se peut fort bien que ces trois sortes de teintes existent toutes trois ensemble, s'entre-mêlant entre elles, pour ainsi dire, en manière de marqueterie. L'induration chronique du poumon offre, à l'incision, une résistance beaucoup plus grande que l'hépatisation aiguë; mais elle ne crie point sous le scalpel, comme le ferait une dégénération squirrheuse. La coupe présente les mêmes variétés de coloration que nous venons de reconnaître pour l'extérieur du poumon; et, de plus, elle a tantôt l'aspect granulé, tantôt au contraire l'aspect lisse et uni de ce que l'on nomme une hépatisation plane. M. Grisolle (*op. cit.* p. 81) est porté à croire que les granulations sont d'autant moins marquées, d'autant plus effacées que la maladie a duré plus longtemps. L'induration noire du poumon, — fût-elle noire comme l'ébène, ainsi qu'on l'observe dans certains cas, — en un mot, ce que l'on nomme la *mélanose* du poumon, vice anatomique considéré par bien des pathologistes comme le résultat de la production d'un tissu nouveau, accidentel, et, comme quelques uns disent aujourd'hui, hétérologue, est-ce toujours là une variété de pneumonie chronique? M. Andral (*loc. cit.*) tient pour l'affirmative, non sans de bonnes et solides raisons, à l'étude et à la méditation desquelles je renvoie mes lecteurs : je dois ici me borner à dire qu'avec M. Grisolle je penche fort à embrasser cette opinion de M. Andral. En résumé, donc, la pneumonie chronique offre trois variétés anatomiques principales, qui sont : 1° l'induration rouge; 2° l'induration grise; 3° l'induration mélanique. De plus, nous devons ajouter que MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 74), d'après quelques unes des observations qu'ils ont recueillies, présentent l'altération désignée sous le nom de *carnification du poumon* comme une altération susceptible d'appartenir

quelquefois à la pneumonie chronique : ils citent, notamment, le cas d'un enfant qui, ayant présenté longtemps des signes de pneumonie à droite, finit par succomber à une pneumonie à gauche, et offrit, à l'autopsie, une assez vaste carnification du poumon droit, dans les points où l'auscultation avait dans le temps révélé l'existence d'une pneumonie.

657. *Conjectures étiologiques.* — Nous ne savons guère les causes qui peuvent favoriser le passage de la pneumonie aiguë à l'état chronique.

On a dit que la maladie avait cette fâcheuse issue, lorsque le traitement avait été mal dirigé, et que surtout on n'avait pas suffisamment insisté sur la médication antiphlogistique (290. C.). Mais, jusqu'à présent, c'est là une assertion établie *à priori* plutôt qu'un principe fondé sur l'observation de faits suffisamment nombreux. Toutefois, ne manquons pas de remarquer que le cas observé par M. Grisolle et celui que j'ai vu sont tous deux favorables à cette opinion. Le malade de M. Grisolle ne fut pas saigné, et but pendant toute la durée de l'état aigu une grande quantité de vin chaud (*op. cit.*, p. 349). Mon malade avouait avoir négligé le commencement de sa maladie. Ce qui est encore très rationnel, c'est de penser qu'une pneumonie peu intense a plus de facilité, plus de chance de passer à l'état chronique chez les personnes d'une faible constitution que chez celles d'une constitution vigoureuse. Le fait de M. Grisolle et le mien confirment encore cette manière de voir.

Il paraîtrait, aussi, que la bronchite chronique est une circonstance très propre à favoriser le développement latent, par progrès lents et irrésistibles, des indurations phlegmasiques du parenchyme pulmonaire.

658. *Diagnostic.* — Quand le médecin n'a pas assisté aux premières phases de la maladie, quand il n'est pas en possession de renseignemens clairs et décisifs à cet égard, avouons qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer avec certitude la pneumonie chronique, et de ne pas la confondre avec la pleurésie chronique ou la tuberculisation pulmonaire.

659. *Pronostic.* — Très grave, excessivement grave. C'est le moins qu'on puisse dire. Car il est fort permis de mettre en doute que la pneumonie chronique soit susceptible de se résoudre, et que, toutes les fois qu'elle a une certaine étendue, il y ait quelque chance pour les malades d'échapper au triste sort qu'ont éprouvé le malade de M. Grisolle et le mien.

660. *Thérapeutique.* — Qu'y a-t-il à tenter pour combattre avec quelque espoir de succès une pneumonie chronique, pour en opérer, si c'est possible, la résolution? La raison indique la médication révulsive (290. D.), et notamment l'emploi d'un ou plusieurs cautères sur

la poitrine, ou mieux encore un large séton. Peut-être, aussi, serait-ce bon d'avoir recours à la mercurialisation (132. G. ε.).

§ III. Quelques mots sur la Pneumonie lobulaire (646. A. ε.).

661. *Nosologie.* — A. La pneumonie lobulaire ne peut guère, à ce qu'il paraît, exister autrement qu'à titre deutéropathique et comme complication de quelque autre affection aiguë ou chronique.

B. En règle ordinaire, du moins chez les enfans, c'est-à-dire dans l'âge où l'on observe le plus de pneumonies lobulaires, une bronchite capillaire (505. A. γ.) est la maladie prodromique qui ouvre le drame morbide et, pour ainsi dire, prélude, pendant une durée plus ou moins longue et avec une intensité variable selon les cas, à cette espèce de pneumonie. Tantôt peu de jours après l'invasion de la bronchite, tantôt seulement au bout de plusieurs semaines, on voit s'aggraver les symptômes locaux et généraux; et c'est de là, sans doute, qu'il faut dater, sinon l'instant précis où débute la pneumonie lobulaire, du moins l'époque où elle existe dans un grand nombre de points à la fois. Les râles secs et humides (râles sibilant, ronflant, sous-crépitant et muqueux), qui se faisaient entendre auparavant, se montrent alors plus bruyans et se produisent dans une plus grande étendue, en présentant, d'ailleurs, une extrême variabilité d'un instant à l'autre et en changeant souvent de place, sans qu'on puisse dire si cette mobilité se rattache plus à l'existence des noyaux de pneumonie lobulaire qu'à celle de la bronchite. Qu'il y ait aussi çà et là de la respiration jacksonienne (46. F. γ.), cela est fort possible assurément, comme dans tous les autres cas où la circulation de l'air dans les voies pulmonaires se trouve embarrassée; mais ce qu'il y a de certain, c'est que la respiration n'offrira un timbre décidément bronchique que du moment où les noyaux d'hépatisation se seront rapprochés et agglomérés, où, en un mot, la pneumonie lobulaire sera devenue une pneumonie lobaire. Quant à la percussion, elle ne peut rien nous apprendre, absolument rien, en fait de pneumonie lobulaire : partout, comme dans la bronchite, le thorax a sa sonorité normale. Les crachats manquent, ou n'ont qu'un caractère purement catarrhal, voilà la règle; c'est à titre d'exception rare qu'on les voit quelquefois apparaître avec un certain degré de viscosité et une couleur rouge brique sale, et encore sont-ils, alors même, plutôt suspects que pathognomoniques. L'apparition d'un point de côté est une exception encore bien plus rare. Au contraire, une dyspnée intense, avec fréquence de la respiration, est un symptôme à peu près constant; elle est proportionnée au nombre des noyaux d'hépatisation pneumonique, ainsi qu'à l'étendue de la bronchite concomitante; elle va quelquefois, par le pro-

grès de la maladie, jusqu'à la dyspnée suffocante et jusqu'à l'apnée. Concurremment avec l'imminence de la suffocation, un pouls à la fois très fréquent et très faible, l'altération profonde de la physionomie, et plusieurs autres symptômes asthéniques précèdent de quelques jours, parfois seulement de quelques heures, l'agonie et la mort.

C. Lorsque la pneumonie lobulaire n'a pas la bronchite pour prélude, lorsqu'elle survient, par exemple, pendant la variole ou la fièvre typhoïde, pendant la suppuration de quelque grande plaie, etc., etc., elle est, pour ainsi dire, plus insidieuse que jamais, plus sourdement périlleuse, plus obscurément terrible et meurtrière. La plupart du temps, c'est à peine si la toux existe, à peine si quelques crachats glaireux et insignifians viennent à se montrer; les résultats de l'auscultation, comme ceux de la percussion, sont absolument nuls. La fréquence de la respiration et la dyspnée sont, assurément, des symptômes qui ne peuvent faire défaut toutes les fois que la maladie en question est ou devient véritablement grave, toutes les fois que les noyaux d'hépatisation existent en grand nombre dans les poumons : mais ces symptômes n'ont rien de pathognomonique, tant s'en faut. Signalons encore ici l'altération profonde du faciès et la prostration des forces, comme des phénomènes assez ordinairement liés à l'invasion même de la pneumonie lobulaire, et peut-être, le dirai-je? plus constans, plus essentiels que les symptômes locaux.

D. En thèse générale, tout oblige à croire que la pneumonie lobulaire, même quand elle occupe un grand nombre de points à la fois dans l'un et l'autre poumon, peut se terminer par résolution : je ne refuserais pas, pour mon compte, de concéder que cette heureuse terminaison est assez fréquente, encore bien même que, dans aucun cas particulier, vu le défaut de symptômes vraiment caractéristiques, vu l'obscurité et l'incertitude du diagnostic, il ne soit jamais possible d'admettre affirmativement, et en toute certitude, la réalité d'une pneumonie lobulaire et de sa guérison.

E. Pour ce qui est des autopsies cadavériques, la pneumonie lobulaire peut, comme de raison, se rencontrer dans les trois degrés classiques que l'on sait. Engouement, hépatisation rouge, hépatisation grise, voilà ce qu'on retrouve encore, sous forme de noyaux disséminés çà et là à la surface et dans la profondeur de l'un ou l'autre poumon, le tissu pulmonaire étant resté, dans les intervalles, complétement sain et perméable. Mais il faut dire que, pour l'ordinaire, la plupart de ces noyaux pneumoniques sont à l'état d'hépatisation rouge et ne l'ont pas dépassé. A la surface des poumons, ces noyaux d'hépatisation se révèlent au premier coup d'œil par des taches, ou, pour mieux dire, des re-

liefs, le plus souvent de forme circulaire ou hémisphérique, parfois de forme oblongue : lors de l'ouverture de la poitrine, ils ne se sont point affaissés comme le tissu pulmonaire sain qui les environne; et, sous la main qui les explore, ils n'offrent pas de crépitation, mais une résistance compacte. Si la pneumonie lobulaire n'occupe que les parties profondes du poumon, le viscère a les dehors, les apparences de l'état sain; mais il suffit de le presser entre les doigts pour y sentir et y reconnaître parfaitement les noyaux d'hépatisation. Si l'on incise les endroits hépatisés, on trouve l'hépatisation plus avancée, plus complétement caractérisée dans la partie centrale qu'à la périphérie; là, par exemple, le tissu pulmonaire, devenu tout-à-fait friable et d'un rouge obscur, ne laisse échapper sous la pression qu'un liquide sanieux sans la moindre bulle d'air, tandis qu'au contraire, vers la périphérie de l'hépatisation, le tissu peut n'être encore qu'engoué plutôt que véritablement hépatisé. Ces noyaux d'hépatisation ont un volume qui varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un œuf de pigeon, mais la plupart sont gros comme une aveline ou une petite noix. Plus ou moins nombreux selon le cas, il est rare de n'en trouver qu'un ou deux; communément il y en a douze ou quinze, et parfois il y en a plus de trente. Quelquefois ils sont entourés, ainsi l'assure M. Grisolle (*op. cit.*, p. 22), par une pseudo-membrane, épaisse à peu près d'un demi-millimètre, et que sa couleur blanche et sa consistance ne peuvent manquer de faire apercevoir. La description qui précède fournit le type de la pneumonie lobulaire par excellence, de celle, veux-je dire, pour laquelle on peut très bien, avec MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 63), réserver le nom de *pneumonie mamelonnée*, par opposition à la *pneumonie lobulaire mal circonscrite.* Dans celle-ci, en effet, et elle ne laisse pas que d'être assez fréquente, les foyers d'inflammation ne sont pas aussi nettement limités, aussi précisément isolés que dans la pneumonie mamelonnée; mais ils se confondent insensiblement avec le tissu environnant, sans qu'il y ait, en un mot, une démarcation bien distincte ni en coloration, ni en saillie, ni en consistance, ni en quoi que ce soit : aussi bien ont-ils souvent, au rebours de la pneumonie mamelonnée, une forme très irrégulière, et parfois un volume assez considérable et qui dépasse les dimensions d'un œuf. Maintenant, en ce qui concerne la pneumonie lobulaire parvenue au troisième degré, il est essentiel de faire remarquer que, si les noyaux pneumoniques sont d'un très petit volume et qu'ils aient passé en entier à l'état d'hépatisation grise, une inspection peu attentive pourrait aisément méconnaître le mal; car alors ces noyaux devenus grisâtres présentent à peu près le même aspect que les parties environnantes : mais, en examinant le poumon avec soin, on constate que

quelques lobules sont compactes, privés d'air, et qu'en les pressant on amène un liquide purulent. Il va sans dire que quelquefois les lobules enflammés se trouvent convertis en véritables abcès.

662. *Etiologie.* — Fixons particulièrement l'attention des lecteurs sur deux faits étiologiques que j'ai déjà indiqués et dont l'importance est égale à leur certitude. C'est à savoir : 1° l'origine deutéropathique de la pneumonie lobulaire, dans l'immense majorité des cas, pour le moins qu'on puisse dire (661. A.); 2° la singulière prédominance de l'enfance, et surtout de la première enfance, dans la production de cette maladie, à tel point même que certains auteurs ont vu là une maladie exclusivement propre à cet âge, encore bien qu'il soit seulement vrai de dire que les pneumonies lobulaires, tantôt demeurant telles jusqu'à la fin, tantôt devenant des pneumonies lobaires par suite de l'extension successive de l'engorgement primitif, ou par suite de la convergence et de la confluence de plusieurs noyaux d'hépatisation, sont les plus communes dans tout le cours de la première enfance, et qu'ensuite cette forme de l'inflammation pulmonaire est moins fréquente, et devient d'autant plus rare que la vie est plus avancée.

663. *Diagnostic.* — C'est là un problème des plus difficiles et des plus obscurs : car la pneumonie lobulaire, dans la plupart des cas, est latente et tout-à-fait inaccessible aux investigations stéthoscopiques, ou bien masquée par les râles de la bronchite. En quelques cas, cependant, où les noyaux pneumoniques occupent la surface des poumons, et où les râles sibilant et ronflant sont peu bruyans ou bien se taisent à de fréquens intervalles, il sera permis de soupçonner, peut-être même d'affirmer l'existence d'une pneumonie lobulaire en entendant un râle sous-crépitant ou un râle crépitant qui persiste longtemps dans le même point, et qui finisse par coexister avec la respiration rude ou jacksonienne.

664. *Pronostic et traitement.* — Une fois la pneumonie lobulaire bien et dûment reconnue, ce qui est rare, ou bien fortement présumée chez un malade, le pronostic est des plus sérieux, et le traitement doit être institué d'après les mêmes principes que pour la pneumonie lobaire (655).

ARTICLE XLIV.

NÉPHRITE.

(Νεφρῖτις, Hipp., — de Νεφρός, rein.)

665. *Bibliographie.* — BOERHAAVE. — (*Aphorism.*) n. 936 — 1006, *Nephritis.* — Voir en même temps les *Commentaires* de Van Swieten.

BOULLET. *De la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1803, n° 118.

CARRAUD. *Dissertation sur la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1813, n° 103.

BRESSAND. *Dissertation sur la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1814, n° 101.

SELLIER. *Diss. sur la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1822, n° 237.

BRIGHT (Richard). — (*Reports of medical cases.* Londres, 1827, in-4°.) P. 1 — 88, *Cases illustrative of some of the appearances observable on the examination of diseases terminating in dropsical effusion, — and first of the kidney.*

— *Tabular view of the morbid appearances in* 100 *cases connected with albuminous urine.* (Dans *Guy's Hospital reports*, avril 1836).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livrais. Ire, planche 5 : — fig. 1 — 2, *Néphrite aiguë terminée par ramollissement;* — fig. 3 — 4 — 5, *Néphrite terminée par suppuration infiltrée, développement énorme et transformation d'un rein en un tissu spongieux pénétré d'un liquide lie de vin.*

SPITTAL. *Dissertatio de quodam vitio, quod urinæ mutatio particularis comitatur.* Th. inaug. Edimbourg, 1832.

TISSOT. *De l'hydropisie causée par l'affection granuleuse des reins.* Th. inaug. Paris, 1833, n° 223.

NAYEL. *De la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1835, n° 297.

DESIR. *De la présence de l'albumine dans l'urine*, etc. Th. inaug. Paris, 1835, n° 364.

GENEST. *Etat actuel des connaissances sur la maladie des reins, désignée sous la dénomination de* maladie de Bright, affection graunleuse des reins, néphrite albumineuse. (Dans *Gaz. méd.*, année 1836, p. 448 — 54.)

CHOMEL. *Recherches sur la néphrite.* (Dans les *Archives*, janvier et avril 1837.)

BUREAU. *De la néphrite albumineuse, ou Maladie de Bright, affection granuleuse des reins.* Th. inaug. Paris, 1837, n° 107.

FORGET. *Lettre sur l'albuminurie* (maladie de Bright), *adressée à M. le docteur Rayer*, etc. (Dans *Gaz. méd.*, année 1837, p. 609 — 18.)

MARTIN-SOLON. *De l'albuminurie, ou hydropisie causée par maladie des reins.* Paris, 1838, in-8°.—Ire partie (p. 1—316.

RAYER. — (*Traité des Mal. des reins.* — t. 1, p. 294-622, et t. II, p. 1-612).

CHRISTISON (Robert). *On granular degeneration of the kidnies*, etc. Edimbourg, 1839, in-8°.

A. BECQUEREL. — Ouvrage déjà cité (46. F. ζ.) : — IVe partie, (p. 442 — 576).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des Mal. des enf.*, — t. Ier, p. 585 — 621.)

A. BECQUEREL et RODIER. — *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie.*) — Chap. VIII, *Maladie de Bright.* — Dans *Gazette médic.*, année 1844, p. 815.

666. *Définition scolastique* (29. A.), *et distinction de la néphrite d'avec les genres nosographiques les plus voisins.* — La néphrite, telle que M. Rayer l'a précisément définie et restreinte, est l'inflammation du parenchyme rénal proprement dit, ou, en d'autres termes, l'inflammation des substances corticale et tubuleuse. Ainsi doit-on désormais la comprendre, dans un sens rigoureusement circonscrit, et cesser de la confondre — soit avec la pyélite (524), qui est l'inflammation du bassinet et des calices, — soit avec la périnéphrite, qui est une inflammation du tissu cellulaire au milieu duquel le rein se trouve situé, en un mot, un phlegmon extrà-rénal. Si une telle confusion ne peut pas toujours être évitée en fait de diagnostic, du moins faut-il, en fait de théorie nosographique, la repousser et la proscrire. N'oublions pas, au surplus, que dans la réalité la pyélo-néphrite est un cas relativement fréquent (524 et 527); que l'existence isolée de la pyélite ou de la néphrite est plutôt l'exception que la règle.

667. *Coup d'œil sommaire sur les symptômes, la marche, les caractères anatomiques et les causes des diverses espèces de néphrite.* — A. Entre les divers symptômes que la néphrite peut amener avec elle, indiquons les plus spéciaux et les plus propres à caractériser la maladie. Ce sont : 1° la douleur rénale, douleur qui se fait sentir avec plus ou moins de vivacité, souvent d'une façon sourde et obscure, dans la profondeur du flanc, et qui s'exaspère surtout à l'instant qu'on étreint fortement le flanc, de manière à faire porter la pression jusque sur le rein même ; 2° la diminution notable ou même la suppression complète de la sécrétion urinaire, le second cas n'étant, d'ailleurs, possible que dans la néphrite double ; 3° les urines sanguinolentes (237. A, — et 238. A.), ou seulement albumineuses, ou bien alcalines sans être albumineuses, et souvent, dans ce dernier cas, chargées d'une gravelle phosphatique qui leur donne une apparence trouble et quelquefois lactescente ; 4° la rétraction du testicule, qui en même temps se montre engourdi ou même endolori ; 5° une semblable sensation d'engourdissement ou de vague et obscure douleur dans l'aine et la cuisse, phénomène sympathique qui, chez l'homme, ne se montre guère qu'en connexion avec le malaise susdit du testicule, mais qui ne laisse pas que de pouvoir se produire chez la femme, et même assez fréquemment ; 6° enfin, les vomissemens sympathiques. Au reste, il faut bien le reconnaître, aucun de ces symptômes n'est par lui-même décidément

pathognomonique. Ce n'est point sur la foi d'un symptôme unique et isolé, mais c'est d'après l'ensemble des phénomènes qu'il faut admettre l'existence d'une néphrite.

B. Tantôt la néphrite se présente sous forme de maladie aiguë, tantôt sous forme de maladie chronique. Dans cette dernière forme, le cas le plus commun est celui où les urines sont naturellement, constamment, essentiellement albumineuses, où l'on voit sévir en même temps une hydropisie générale, une anasarque avec ascite et autres épanchemens séreux. C'est là ce qu'on nomme *maladie de Bright*, maladie sur le compte de laquelle je vais revenir dans un paragraphe à part. Abstraction faite de ce cas-là, les néphrites à titre de maladie chronique sont chose vraiment rare.

C. Est-ce avec toute raison, est-ce d'après des considérations irréfragables, et sans soulever contre soi de sérieuses et graves objections, que l'on peut admettre et voir une néphrite chronique, ainsi que M. Rayer (*op. cit.*, t. I, p. 310 — 4) semble fort disposé à le penser, dans tous les cas où les urines, au lieu d'avoir leur acidité et leur limpidité naturelle à l'instant de leur émission, se montrent alcalines et avec une apparence trouble due à ce qu'elles entraînent avec elles en état de suspension une quantité plus ou moins considérable de phosphate calcique et de phosphate ammoniaco-magnésien? En un mot, la gravelle phosphatique n'est-elle rien qu'une forme particulière de la néphrite? L'altération de la sécrétion urinaire n'est-elle, ici, qu'un effet consécutif à l'inflammation du parenchyme rénal, et non pas, comme certains le disent, un phénomène essentiel, le phénomène primordial, en tant qu'on n'envisage, du moins, que ce qui se passe dans le rein? M. le docteur Maximilien Simon, entre autres, a soutenu, non sans de puissantes raisons fournies par l'observation des faits, cette thèse, que l'alcalinité de l'urine n'est pas du tout un symptôme pathognomonique de la néphrite; qu'elle peut exister, qu'elle existe dans diverses conditions de l'économie, autres que les vices anatomiques de l'appareil urinaire; qu'elle paraît être particulièrement liée à un état asthénique (Max. Simon, *Recherches sur l'alcalin. de l'urine.* Dans le *Journ. des conn. médico-chir.*, juin 1843, p. 231 — 7). Et qu'y aurait-il donc de singulier et d'inadmissible à prétendre que, dans la gravelle phosphatique, l'essence même du mal est une altération dynamique de l'activité sécrétoire du rein, et qu'en pareille circonstance la néphrite, si quelquefois néphrite y a, n'est rien qu'un fait deutéropathique, le parenchyme rénal se trouvant irrité, offensé, lésé par la présence insolite d'un sable, même fin, et à plus forte raison quand il y a des graviers proprement dits? Il importe, toutefois, de prendre en considération une affirmation telle que celle de M. Rayer, qui nous assure que maintes fois, à la suite de la phlébotomie ou bien après l'application de

ventouses scarifiées sur la région du rein, les urines, d'alcalines et de troubles qu'elles étaient, sont redevenues acides et limpides, et que cette médication antiphlogistique a ainsi paru propre à amender et à faire disparaître, du moins pour quelque temps, la gravelle phosphatique. Mais ce qu'il y a de très certain, ce que cet habile et consciencieux observateur se plaît lui-même, tout le premier, à reconnaître et à proclamer, c'est qu'une alimentation très azotée, telle que la fournissent les viandes de boucherie mangées en abondance, est le moyen qui a le plus de puissance pour guérir radicalement la gravelle phosphatique, — plus de puissance que les émissions sanguines, qui ne peuvent avoir là, en vérité, qu'un rôle accessoire, et intervenir qu'à longs intervalles, — plus de puissance, surtout, que l'emploi, naguère préconisé, des acides pris en boisson, et notamment de l'acide chlorhydrique, sur lequel certains théoriciens avaient particulièrement compté pour acidifier le liquide urinaire et y dissoudre les phosphates en excès.

D. Les néphrites ont, comme de raison, pour caractère anatomique qui leur est commun à toutes dans leur période initiale, une congestion sanguine, occupant tout ou partie du rein. Il va sans dire que les deux reins peuvent être ainsi affectés en même temps. La congestion sanguine, particulièrement lorsqu'elle a envahi la totalité des reins, peut être telle qu'elle rende cet organe beaucoup plus volumineux et plus pesant que dans l'état normal. Quoi qu'il en soit, consécutivement à cette congestion, et très souvent en même temps qu'elle, on peut quelquefois trouver le parenchyme rénal encore tuméfié, mais décoloré et pour ainsi dire anémique dans un certain nombre de points; on peut quelquefois y trouver du pus, ou des dépôts de lymphe plastique; on a, dans d'autres cas, à constater l'induration, le ramollissement ou la gangrène des points affectés. Ces divers résultats du travail inflammatoire ne se produisent pas tous indifféremment avec le mêm degré de fréquence dans telle ou telle sorte de cas : mais, selon le cas, les uns se développent plutôt que les autres; il en est même qui appartiennent exclusivement à une espèce déterminée de néphrite. Ainsi, par exemple, les points purulens, les petits abcès sont une terminaison assez ordinaire de la néphrite traumatique. Chez les goutteux et les rhumatisans, suivant les observations de M. Rayer, la néphrite se présente souvent avec des dépôts de lymphe plastique dans la substance corticale et avec des grains d'acide urique dans cette substance ou dans les mamelons. La gangrène est un accident plus spécialement dévolu aux néphrites symptomatiques de certaines affections générales, telles que la morve aiguë, la fièvre engendrée par la pustule maligne, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, etc. La décoloration anémique, avec augmentation du poids et du volume des reins, et les taches ou granu-

ations laiteuses, voilà l'aspect le plus ordinaire de la néphrite albumineuse. L'induration avec décoloration peut se rencontrer dans toutes les néphrites, hormis celles qui ont une marche suraiguë et qui tuent en quelques jours.

E. Quant aux différences principales que les néphrites présentent entre elles sous le rapport étiologique, voici, en peu de mots, ce qu'il en est. D'abord, il y a des néphrites traumatiques. Il y en a qui sont dues à l'action du froid et surtout du froid humide; et, suivant M. Rayer, ce serait là une cause extrêmement puissante, et d'une puissance impossible à méconnaître dans bon nombre de cas. Il y en a qui sont l'effet de l'empoisonnement par les cantharides. Il y en a de consécutives au cancer ou aux tubercules des reins. Il y en a qui viennent se greffer sur une pyélite, par suite de la propagation continue du molimen inflammatoire, et qui peuvent, par conséquent, avoir leur origine dans quelque maladie de l'uretère, de la prostate, de la vessie, etc. Quelquefois la néphrite survient sous l'influence des affections gangréneuses, telles que la pustule maligne, le charbon, la stomatite gangréneuse des enfans, la morve aiguë; quelquefois elle survient sous l'influence des fièvres éruptives contagieuses (variole, scarlatine, rougeole), sous l'influence de la fièvre typhoïde ou de la fièvre jaune, sous l'influence, enfin, de la *Diathèse purulente* (*Path. chir.*, t. I, chap. III, art. Ier, § VII. M. Rayer admet une néphrite goutteuse et une néphrite rhumatismale : nous reconnaîtrons volontiers la néphrite goutteuse, qui me paraît être, non pas l'effet direct de la goutte elle-même, mais la conséquence de la gravelle urique, très commune, comme on sait, chez les goutteux, et bien propre, assurément, à irriter et à enflammer à la longue le parenchyme rénal; nous ne proclamerons pas aussi facilement la légitimité nosographique de la néphrite rhumatismale. Et, quand la néphrite se présente chez un rhumatisant, n'est-ce pas plutôt par une fortuite coïncidence que par suite de quelque connexion étiologique?

Après cet aperçu sommaire et nécessairement un peu vague, mais dont une telle imperfection ne saurait disparaître à moins de trop longs développemens, à moins de détails d'une immensité incompatible avec le plan et les limites de cet ouvrage-ci, je crois devoir examiner à part, comme étant les deux espèces de néphrite les plus importantes, 1° la néphrite aiguë franchement inflammatoire, 2° la néphrite albumineuse, ou maladie de Bright.

§ I. De la Néphrite aiguë franchement inflammatoire.

668. *Nosologie.* — A. Sous le nom de *Néphrite aiguë franchement inflammatoire,* nous entendrons celle qui entraîne avec elle, d'une

façon plus ou moins nettement caractérisée et dans un degré plus ou moins grave, tout ou bonne partie des symptômes que voici : appareil fébrile (280. D.); douleur rénale ; vomissemens ou, tout au moins, nausées; souffrance sympathique et rétraction du testicule; cuisse du côté affecté, engourdie ou même endolorie ; miction nulle, ou du moins rare, — ou bien n'épanchant à chaque fois que quelques gouttes sous l'impulsion de micturitions incessamment renouvelées; urines sanguinolentes, ou tant soit peu albumineuses à raison de la présence d'une certaine quantité de sérum, et, par conséquent, peu acides, voire même neutres ou alcalines.

α. L'*appareil fébrile* ne manque guère d'accompagner, peut-être même de précéder le développement d'une inflammation aiguë des deux reins, ou de la totalité de l'un de ces organes. Frisson prodromique, se faisant sentir par tout le corps, pendant un quart d'heure ou davantage ; puis chaleur, soif, agitation, etc. Lorsque la maladie est légère, lorsqu'elle ne porte que sur un seul rein et seulement sur quelques points de ce rein, le frisson peut être léger, à tel point même qu'il passe quelquefois inaperçu : bien plus, il peut ne pas exister du tout.

β. La *douleur rénale* peut être plus ou moins prompte à se montrer. Quelquefois elle apparaît avec le frisson, ou peu de temps après ; quelquefois même, elle le précède, notamment lorsque la néphrite est l'effet d'une plaie ou d'une contusion ; d'autres fois, au contraire, elle ne se fait sentir qu'au bout de plusieurs jours. Inutile de dire que la douleur rénale peut être excessivement aiguë; que, dans d'autres cas, elle peut n'être sensible et manifeste qu'à la pression. La douleur rénale se révèle, en général, au sentiment même des malades, comme plus profonde qu'une douleur qui aurait son siége dans les muscles de la région lombaire ; elle est, d'ailleurs, plus marquée, plus facile à réveiller et à exaspérer en arrière du flanc qu'en avant. Chez quelques malades, elle est parfaitement circonscrite dans un espace plus petit que la surface du rein ; chez d'autres, elle règne dans toute l'étendue du flanc. Rarement elle reste invariable au même degré d'intensité; d'ordinaire, elle a des momens de rémission et de relâche. La douleur rénale augmente et s'exaspère, non seulement par le fait de la pression exploratrice, comme nous venons de l'indiquer, mais encore lorsque les malades s'asseyent, lorsqu'ils se courbent en avant, qu'ils toussent, qu'ils éternuent, qu'ils font une grande inspiration, en un mot, lorsqu'ils opèrent un mouvement où le tronc du corps a une part active. Le décubitus sur le côté affecté peut accroître la douleur rénale; et, lorsque les deux reins sont enflammés, la règle est que le malade reste gisant en décubitus dorsal.

γ. Les *vomissemens*, bien qu'indirectement produits par je ne sais quelle sympathie, ne font pas souvent défaut. Maintes fois, ils suivent de

fort près le frisson initial, et se montrent même avant l'apparition de la douleur rénale. Ils peuvent être muqueux ou bilieux, et parfois ont une odeur urineuse.

δ. Du même côté que le rein enflammé, *douleur sympathique et rétraction du testicule:* voilà un symptôme, non pas des plus constans, mais qu'il n'est point rare de rencontrer, et qui, lorsqu'il existe, a une grande valeur séméiologique. Chez les femmes, le ligament rond, cet analogue du cordon spermatique, ne laisse pas non plus que d'éprouver quelquefois une certaine souffrance en cas de néphrite.

ε. Avoir la *cuisse engourdie et endolorie* en cas de néphrite, c'est là encore une sympathie pathologique qui n'est pas moins réelle, qu'il n'est pas plus permis de méconnaître que celle dont nous venons de voir le testicule faire preuve en telle occurrence.

ζ. Un symptôme essentiel à la néphrite, et que cette phlegmasie présente infailliblement dès le commencement, ainsi que dans la période d'état, c'est la *diminution ou suppression de la sécrétion urinaire.* La suppression complète de la sécrétion, en d'autres termes, l'ischurie absolue, ou mieux encore, l'anurie, est un cas rare et qui ne peut avoir lieu qu'autant que l'inflammation occupe les deux reins. La règle ordinaire, c'est une diminution considérable des urines: le malade, par exemple, ne pisse que deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ou bien, étant en proie à une sorte de ténesme vésical, ne rend chaque fois que quelques gouttes; si l'on pratique le cathétérisme, on ne retire que fort peu d'urine, et, comme de juste, cette urine est très foncée en couleur.

η. Enfin, ce qui ne manque pas non plus d'exister ici, ce sont les *altérations dans la composition de l'urine.* En ce genre, la néphrite aiguë franchement inflammatoire peut présenter principalement les trois conditions que voici: 1° l'urine contient une certaine quantité de sang (hématurie), ou d'albumine (albuminurie); 2° elle est alcaline, ou neutre, ou, tout au moins, peu acide; 3° elle peut contenir du pus dans des cas rares où une suppuration du parenchyme rénal communique avec le bassinet, ou bien, ce qui est beaucoup plus ordinaire, par suite d'une pyélite en complication avec la néphrite. Il y a toujours un certain degré d'hématurie dans la néphrite traumatique, lorsque l'inflammation se déclare peu de temps après la blessure: il arrive aussi quelquefois qu'une certaine quantité de sang ou de sérum se mêle accidentellement à l'urine, la rend sanguinolente ou albumineuse, dans des néphrites causées par l'impression du froid ou par les cantharides. Mais l'altération la plus constante, c'est que l'acide urique et les urates sont en moins grande proportion dans l'urine des individus affectés de néphrite que dans l'urine normale; et c'est suivant le degré de cette diminution de l'acide

urique et des urates que l'urine se révèle, au contact des papiers réactifs, ou comme peu acide, ou comme neutre, ou quelquefois même comme décidément alcaline.

B. La néphrite aiguë franchement inflammatoire est, ainsi que la théorie générale de l'inflammation suffit à le faire prévoir (281), susceptible de terminaisons diverses, à propos desquelles il me paraît utile d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les points qui vont suivre.

α. La *résolution*, cette terminaison éminemment heureuse, est admise et proclamée par les praticiens toutes les fois que les symptômes tardent peu à s'amender et à disparaître. Cependant, suivant la judicieuse remarque de M. Rayer (*loc. cit.*, t. I, p. 308), une prompte disparition des symptômes de la néphrite aiguë n'est point une preuve qui indique nécessairement que le rein soit revenu tout-à-fait à l'état normal, et qu'il n'y ait dans son tissu ni aucune induration ni aucun vestige d'une exsudation de lymple plastique. Cet habile observateur, — en examinant avec soin les reins de quelques vieillards qui avaient éprouvé des attaques de néphrite, en avaient paru complétement guéris, et avaient été emportés par d'autres maladies, — a eu souvent occasion de constater que ces organes, en plusieurs points, étaient indurés, rugueux ou déprimés, et offraient des colorations pathologiques, grises ou noirâtres. Il est donc infiniment probable, ou, pour mieux dire, à peu près prouvé que, dans un certain nombre de cas, la résolution de l'inflammation du parenchyme rénal n'est pas parfaite, encore bien que toutes les apparences d'une semblable terminaison se soient montrées sur le vivant.

β. La *suppuration* du parenchyme rénal n'entraîne pas toujours, tant s'en faut, la présence du pus dans l'urine, symptôme qui appartient plutôt à certaines pyélites chroniques (525 B. et D.) dans lesquelles la membrane muqueuse du bassinet et des calices sécrète un véritable pus, et avec lesquelles on voit coexister le plus souvent, non pas une néphrite, mais l'atrophie des substances corticale et tubuleuse. Les symptômes le plus ordinairement liés à cette fâcheuse terminaison de la néphrite aiguë par suppuration sont : la persistance opiniâtre de la douleur rénale et du mouvement fébrile, l'apparition de frissons à différentes heures du jour et par retours irréguliers, l'extrême prostration des forces, le développement d'accidens cérébraux (délire, convulsions, coma).

γ. Quant à la terminaison par *gangrène*, elle est extrêmement rare : encore est-il vrai de dire que, la plupart du temps, elle n'est qu'un accident surajouté à la suppuration, un accident greffé sur l'infiltration purulente ou sur les abcès du rein. Quoi qu'il en soit, voici les symptômes que les auteurs s'accordent, — avec raison, je crois, — à indiquer comme propres à caractériser la gangrène du rein : disparition subite

de la douleur, avec refroidissement glacial des extrémités; pouls petit, faible, formicant, intermittent; vomissemens continuels; hoquet; angoisse extrême; rêvasseries promptement suivies de délire; urines fétides, noirâtres, comme l'eau de fumier, ou bien suppression complète d'urine; parfois péléchies nombreuses sur toute la surface du corps.

δ. L'*induration* doit être une terminaison fréquente de la néphrite aiguë, à en juger, du moins, d'après l'irrécusable affirmation de M. Rayer, qui nous apprend que très souvent, à l'autopsie d'individus qui étaient morts de maladies étrangères à l'appareil urinaire, il a trouvé les reins indurés dans un ou plusieurs points. Mais, par cela même, il reste démontré que des indurations partielles et peu étendues peuvent exister dans les deux reins sans déranger sensiblement la santé ni même la sécrétion urinaire. Cette sécrétion peut même continuer de s'accomplir d'une manière assez régulière, malgré une induration totale de l'un des deux reins. En effet, M. Rayer a plusieurs fois trouvé, chez des individus morts par accident au milieu de toutes les apparences de la santé, l'un des reins entièrement induré; mais l'autre était hypertrophié, comme pour suppléer au rôle aboli de son congénère. Bien plus, dans quelques cas, il a trouvé les deux reins durs et rugueux à leur surface, chez des vieillards bien constitués, morts de pneumonie: aussi déclare-t-il qu'il est impossible de déterminer aujourd'hui jusqu'à quel point l'induration rénale doit être portée pour être incompatible avec un accomplissement régulier, ou à peu près tel, de la sécrétion urinaire.

C. A l'autopsie, en cas de néphrite aiguë franchement inflammatoire, voici les divers vices anatomiques que le rein peut présenter.

α. Une *augmentation de volume*, le plus souvent partielle, quelquefois étendue à la totalité du rein. C'est là une altération initiale. Au surplus, ce n'est que dans quelques cas rares que le rein acquiert des dimensions triples ou quadruples de son volume normal.

β. Une *rougeur pathologique*, plus ou moins vive, plus ou moins foncée, due surtout à l'injection des glandules de Malpighi, et, parfois aussi, constituée par de véritables ecchymoses. C'est encore là une altération propre à la première phase de l'inflammation. Les glandules de Malpighi se font remarquer alors, soit sur la surface extérieure du rein, soit sur les coupes pratiquées dans la substance corticale comme autant de petits points très rouges, disposés en lignes variées, plus rarement en groupes épais et serrés. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de ne pas les confondre avec les orifices des vaisseaux divisés.

γ. Une *induration rouge*, soit par noyaux isolés, soit, ce qui arrive assez souvent, dans toute l'étendue de la substance corticale et de la

substance tubuleuse. C'est un degré d'altération plus avancée que les altérations précédemment signalées (α et β). Dans cet état d'induration, le rein ne laisse suinter sous l'incision du scalpel que peu ou point de sang, à la différence de certaines hyperémies asthéniques qui affectent cet organe dans les maladies chroniques du cœur, et se font aisément reconnaître par cela seul qu'une quantité abondante de sang noir ruisselle sous l'instrument tranchant. Les noyaux d'induration rénale se dessinent presque toujours en relief, à l'extérieur même de l'organe, sous forme de bosselures ou de mamelons.

δ. La présence du *pus*, rarement dans la substance tubuleuse, mais plus fréquemment dans la substance corticale. En général, les points de suppuration sont de petite dimension, comme une tête d'épingle, par exemple, et demandent, pour être reconnus, une attention minutieuse. Quelquefois, cependant, mais très rarement, on trouve des abcès du rein qui sont gros comme une noisette, et même davantage encore. Les points purulens sont le plus ordinairement environnés d'une aréole ou zone dans laquelle la rougeur et l'engorgement inflammatoire existent à un degré très prononcé. En certains cas, le parenchyme rénal est tellement infiltré de pus qu'il se trouve ramolli à l'excès et présente uniformément une coloration grisâtre ou gris-jaunâtre.

ε. Un *ramollissement gangréneux* de la substance tubuleuse ou corticale. Cas excessivement rare.

ζ. Quelquefois, enfin, un ou plusieurs *dépôts de lymphe plastique*, particulièrement lorsque la néphrite est traumatique. Ce serait là, aussi, suivant M. Rayer, un caractère anatomique à peu près constant de la néphrite due à la diathèse rhumatismale.

669. *Etiologie*. — (287. — 528. — et 667. E.) — A. En ce qui concerne les causes prédisposantes, je crois devoir me borner ici à dire les quelques mots qui vont suivre.

α. Et d'abord en ce genre, la vérité la mieux démontrée, la plus incontestablement acquise à la science, c'est l'influence de l'*âge*, à savoir, que plus on avance dans la vie, plus on acquiert de disposition au développement de la néphrite. C'est à peine si les fastes de l'art peuvent offrir quelques exemples authentiques de néphrite franchement inflammatoire chez de très jeunes enfans. Les vieillards, au contraire, ne laissent pas que d'en être atteints assez fréquemment; tant il est ordinaire que cette affection vienne compliquer toutes les autres maladies des voies urinaires, toutes ces maladies calculeuses et catarrhales qui sont, là, un des plus tristes attributs de la vieillesse.

β. Suivant M. Rayer, la *diathèse rhumatismale* serait une condition des plus propres à amener le développement de la néphrite franchement inflammatoire, et, de plus, à y imprimer une sorte de cachet particulier

par la production de dépôts de lymphe plastique en un ou plusieurs points du parenchyme rénal.

γ. Nous reconnaîtrons plus volontiers, — et à meilleur titre, sans contredit, — la *diathèse goutteuse* comme une cause prédisposante de la néphrite franchement inflammatoire, eu égard à la fréquence de la gravelle urique chez les goutteux. Car on ne saurait nier que la présence d'une multitude de grains d'acide urique dans le sein même du parenchyme rénal, comme il n'est pas rare d'en trouver en pareil cas, ne soit éminemment capable d'enflammer ce parenchyme.

B. Pour ce qui est des causes que l'on peut, avec plus ou moins de raison, qualifier de causes déterminantes par rapport à la néphrite aiguë franchement inflammatoire, rappelons principalement celles que voici :

α. Plaies du rein. Contusions de la région lombaire, ou du flanc.

6. Rétention d'urine, pour quelque cause que ce soit.

γ. Cantharides. Abus des diurétiques.

δ. Impression du froid, et surtout du froid humide.

ε. Présence d'une pyélite, d'un cancer ou de tubercules dans le rein, d'une périnéphrite, ou bien encore d'une péritonite.

η. Grains de gravelle dans la substance même du rein, ou, pour parler plus exactement, dans les conduits capillaires où s'accomplit la sécrétion de l'urine.

ζ. Helminthes du rein.

670. *Diagnostic.* — Là existent fort souvent de grandes difficultés, d'insurmontables doutes. A cet égard, je crois extrêmement utile d'enregistrer ici les propositions suivantes de diagnostic comparatif qui nous sont fournies par l'excellent livre de M. Rayer (t. I, p. 321-5).

A. Il n'est guère permis de jamais confondre la néphrite franchement inflammatoire avec la néphrite albumineuse. Dans la néphrite franchement inflammatoire, l'albuminurie n'est qu'un symptôme accidentel et passager, et l'urine ne présente qu'une faible proportion d'albumine. La néphrite albumineuse présente, au contraire, l'albuminurie à titre de symptôme essentiel et constant, et dans un degré considérable ; et, de plus, elle est accompagnée, ou bientôt suivie d'hydropisie.

B. Il est à peu à près impossible de distinguer, au lit du malade, la néphrite aiguë d'avec la pyélo-néphrite, ou même d'avec la simple pyélite. Sans doute, si, quand il se trouve une proportion pathologique de mucus dans l'urine, on parvenait à constater que le canal de l'urètre et la vessie sont à l'état sain, comme le mucus ne pourrait être dès lors attribué qu'à l'inflammation du bassinet, des calices et des uretères, le diagnostic n'offrirait pas une excessive difficulté : mais quel moyen y a-t-il de s'assurer que la vessie est entièrement saine? D'un autre côté, lorsqu'il existe une pyélite aiguë assez intense pour produire une

sécrétion abondante de mucus, il est bien rare que le rein ne participe pas lui-même à l'inflammation ; mais on n'a guère le droit logique d'affirmer l'existence de la néphrite qu'autant qu'on voit la douleur rénale s'accompagner de symptômes cérébraux ou d'une asthénie excessive.

C. La périnéphrite, ou l'inflammation du tissu cellulaire lâche et graisseux qui existe en abondance autour du rein, vient-elle à se développer à la suite d'une contusion ou de toute autre cause : il est encore à peu près impossible de reconnaître positivement cette maladie, à son début, et toutes les fois qu'elle est peu intense, toutes les fois qu'elle n'arrive pas à former un abcès dont la saillie et la fluctuation se fassent apercevoir plus ou moins manifestement dans la région lombaire, il est, dis-je, à peu près impossible de ne pas la confondre alors avec la néphrite, encore bien même qu'il soit vrai de dire que la périnéphrite ne peut point entraîner, comme la néphrite, une diminution considérable, encore bien moins la suppression complète de la sécrétion urinaire.

D. La néphrite peut, en général, être distinguée des coliques néphrétiques dues à la présence de graviers ou de calculs dans le rein ou l'uretère; car la règle est, dans ce dernier cas, que la douleur rénale apparaisse tout-à-coup, sans fièvre prodromique, et qu'elle ait dès le premier instant de son apparition un horrible excès d'intensité, au point d'amener parfois la lipothymie; et qu'ensuite, et notamment après l'expulsion d'un ou plusieurs graviers, elle disparaisse avec tous les accidens concomitans (nausées, vomissemens, pouls intermittent, lipothymies, etc.), aussi brusquement qu'elle est apparue.

E. Quant à la néphralgie (ou névralgie du rein), maladie d'ailleurs extrêmement rare, elle se montre sous forme d'accès, et sans fièvre, comme les coliques néphrétiques causées par des graviers; et par conséquent, c'est avec celles-ci, surtout, que l'on court risque de la confondre, et non pas avec la néphrite.

F. Le lumbago, presque toujours accompagné ou précédé d'autres douleurs rhumatismales, attaque, en règle générale, les deux côtés des lombes. De plus, il s'exaspère plus sensiblement que la douleur de la néphrite, lorsque les malades se mettent à faire des mouvemens qui réclament la contraction des muscles lombaires; il peut même, par l'excès de la douleur, rendre ces mouvemens tout-à-fait impossibles. Enfin, on n'observe jamais dans le lumbago, ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni l'angoisse, ni les autres symptômes graves de la néphrite.

G. Quant à la péritonite partielle qui se développe quelquefois dans le flanc, elle n'entraîne ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni rien qui ressemble à des coliques néphrétiques (525. C.) ; et, une

fois qu'elle s'est terminée par suppuration, elle produit, dans toute l'étendue qui correspond à l'épanchement purulent, une matité que la néphrite n'est jamais susceptible de présenter.

671. *Pronostic.* — Dans la plupart des cas de néphrite franchement inflammatoire, dus à une cause traumatique ou à quelque cause accidentelle que ce soit, lorsque cette néphrite est sans complication, ou qu'il y a, tout au plus, pyélo-néphrite, on n'a pas affaire à un véritable danger, on n'a pas à redouter d'éventualités funestes. Mais, quelquefois, le pronostic peut s'assombrir, et devenir plus ou moins terrible, à raison de symptômes qui révèlent ou font craindre la suppuration ou la gangrène du rein, à raison d'accidens cérébraux, à raison d'une asthénie extrême, à raison, enfin, de complications protopathiques ou deutéropathiques déjà plus ou moins graves par elles-mêmes.

672. *Thérapeutique.* — (290. — et 529. *Thérap. de la pyélite.*)— Phlébotomies. Ventouses scarifiées ou sangsues à la région rénale. Cataplasmes émolliens et laudanisés sur la même région. Boissons délayantes. Bains tièdes ou chauds très prolongés, — pendant plusieurs heures de suite, s'il le faut. Et, par-dessus tout, lorsque la néphrite est la suite d'une rétention d'urine, la première indication est de faire cesser à tout prix cette rétention par le cathétérisme ou autrement, puis d'en combattre et d'en corriger les causes, autant que faire se peut.

§ II. De la Néphrite albumineuse, ou Maladie de Bright.

(Prononcez *Bright* à l'anglaise: l'*i* comme si c'était l'interjection *aïe*, et le *gh* étant comme non avenu. — *Braïe-te.*)

673. *Remarque préliminaire.* — Nous ne dissimulerons pas que la nature phlegmasique de la maladie de Bright est un point contestable, un objet de légitime controverse. Nous ne laisserons point ignorer que les trois phénomènes qui par leur co-existence caractérisent cette maladie suivant l'accord unanime des pathologistes d'aujourd'hui, —c'est à savoir, les granulations du parenchyme rénal, l'albuminurie et l'hydropisie,— sont loin de former une sorte de trinité, une et indivisible. Il n'est aucun de ces phénomènes qui ne se soit présenté isolément, et en l'absence des deux autres, à l'observation de quelque clinicien éclairé et digne de foi. Je n'insisterai pas sur les cas dans lesquels on observe pendant la vie l'albuminurie et l'hydropisie sans que l'autopsie fasse ensuite constater les granulations de Bright, ni quelque autre vice anatomique du parenchyme rénal. De tels cas ne sont pas excessivement rares : et, pour mon compte, j'affirme en avoir vu, ainsi que cela doit, sans doute, arriver à tous les médecins en position de pratiquer un grand nombre de nécroscopies. Mais il y a plus. La presse médicale

a, sous la garantie des noms les plus honorables, fait connaître des cas où les granulations de Bright existaient sans l'albuminurie. Tel est, par exemple, le fait récemment observé par le docteur Graves de Dublin : c'était une hydropisie sans urines albumineuses, et pourtant, à l'autopsie, le rein gauche présenta de la manière la mieux caractérisée les granulations en question (voir *The Dublin Journal*, janvier 1843). D'un autre côté, M. Monneret nous apprend (*Archives*, novembre 1839, p. 300-10) qu'à l'autopsie d'un diabétique qui n'avait offert ni hydropisie ni albuminurie, il a constaté, dans le rein gauche, la présence de ces mêmes granulations. Quoi qu'il en soit, M. Rayer, sans méconnaître la réalité des faits de ce genre, les considère comme tout ce qu'il y a de plus exceptionnel ; et il professe que, pour l'immense majorité des cas, une maladie caractérisée, sur le vivant, par l'albuminurie constante et notable et par l'anasarque et autres hydropisies, n'est, au fond, qu'une manière d'être de la néphrite. Or, en fait de pathologie rénale, et lorsque la vérité m'oblige d'avouer que je n'ai encore ni assez vu par moi-même ni assez médité pour avoir des idées parfaitement arrêtées concernant la maladie de Bright, je ne connais pas, en vérité, de meilleur guide à suivre et à proposer que le livre de M. Rayer. C'est donc d'après ce livre que je vais accomplir la tâche du présent paragraphe.

674. *Aperçu historique.* — L'école de Cos avait entrevu, à ce qu'il paraît, le rapport de certaines hydropisies avec un état pathologique des reins. Car on ne saurait guère donner une autre interprétation du passage suivant, dans le *Pronostic* d'Hippocrate (édition Kuhn, t. Ier, p. 96-7) : « Les hydropisies produites par les maladies aiguës, » dit Hippocrate, « sont toutes mauvaises : car elles ne délivrent point de la » fièvre ; elles amènent un grand surcroît de souffrances et sont mor- » telles. Or, la plupart naissent des flancs et des lombes : les autres, du » foie. Dans celles qui doivent leur origine aux flancs et aux lombes, » à peine l'œdème des pieds a-t-il paru que les malades sont en proie à » des diarrhées interminables, qui ne font point cesser les douleurs des » flancs et des lombes ni ne servent non plus à vider le ventre. » En vérité, il semble fort naturel de croire, selon la remarque de M. Rayer, que les douleurs des flancs et des lombes, liées ainsi à une hydropisie qui survient à la suite de maladies aiguës, qui est distincte des hydropisies produites par une affection du foie, et qui est accompagnée d'une diarrhée opiniâtre, et cela sans le moindre amendement de l'épanchement ascitique, ne sont rien autre chose que des douleurs rénales, dues à une néphrite albumineuse, telle qu'on la voit souvent souvenir, en effet, consécutivement à quelque maladie fébrile. Quoi qu'il en soit, si, après Hippocrate, on retrouve encore çà et là dans les livres de l'antiquité et de la médecine arabe quelques phrases vagues et obscures re-

lativement au rôle pathogénique que les reins peuvent jouer en fait d'hydropisie, toujours est-il que, pour l'ère moderne, ce point resta dans l'oubli le plus complet jusque dans ces derniers temps. Sur la fin du siècle dernier et au commencement du nôtre, quelques observateurs signalèrent la présence de l'albumine dans les urines comme un phénomène assez fréquemment lié à l'hydropisie générale. Enfin, en 1827, M. Richard Bright, médecin de Guy's Hospital à Londres, fit connaître, en s'appuyant sur de nombreuses observations, l'étroite corrélation qui unit l'altération granuleuse des reins à l'hydropisie avec albuminurie. Depuis, que de cliniciens ont vérifié, commenté et agrandi la découverte de M. Bright! Et, parmi ceux-là, il est juste de dire que MM. Christison et Gregory, dans la médecine britannique, et M. Rayer, dans la médecine française, tiennent incontestablement le premier rang.

675. *Nosologie.* — A. La néphrite albumineuse est principalement caractérisée, sous le rapport symptomatologique : 1° par la présence constante d'une quantité notable d'albumine dans l'urine, avec ou sans coloration sanguinolente ; 2° par le développement, soit simultanément à l'apparition de l'albuminurie, soit ultérieurement, d'une hydropisie toute particulière du tissu cellulaire et des cavités séreuses.

B. La néphrite albumineuse peut se produire à titre de maladie aiguë ou chronique.

α. La *néphrite albumineuse aiguë*, assez commune chez les enfans après la scarlatine, peut aussi se développer d'emblée et chez les adultes, notamment sous l'influence d'un brusque refroidissement du corps. Avec ou sans frisson initial, mais toujours avec un appareil fébrile plus ou moins prononcé, on voit les malades rendre une urine sanguinolente, une urine rougeâtre ou d'un brun foncé, et que plusieurs observateurs ont comparée à la lavure de chair. La sécrétion urinaire est d'ailleurs, en pareil cas, moins abondante qu'à l'état normal ; elle tombe manifestement fort au-dessous des proportions naturelles que comporterait la quantité des boissons, à tel point que souvent elle ne fournit, dans les vingt-quatre heures, que deux cents à quatre cents grammes d'urine. Au surplus, cette urine sanguinolente est toujours acide ; elle a une pesanteur spécifique plus souvent supérieure qu'inférieure à celle de l'urine saine. A l'examen microscopique, lorsqu'elle vient d'être rendue par le malade, on reconnaît qu'elle tient en suspension un grand nombre de globules sanguins. Par le repos, elle donne un sédiment presque entièrement composé de ces globules, et, parfois aussi, mélangé de quelques flocons filamenteux et rougeâtres, visibles à l'œil nu et formés, à ce qu'il semble, par la partie fibrineuse du sang. Traitée par l'acide azotique ou par la chaleur, elle donne un coagulum albumineux plus ou moins considérable. Pendant deux ou trois jours et

plus, les urines du malade peuvent continuer d'être sanguinolentes. D'autres fois, elles ne tardent pas à présenter la teinte citrine; elles ne tiennent plus de globules sanguins en suspension : mais il arrive assez fréquemment qu'elles redeviennent sanguinolentes dans les paroxysmes de la maladie. Non seulement la quantité d'albumine, rendue avec l'urine en vingt-quatre heures, n'est pas la même chez tous les malades, mais encore elle varie, chez un malade donné, à différens jours et à différentes époques de la journée. Ne manquons pas non plus de remarquer qu'elle n'est pas en rapport nécessaire avec le degré de coloration rouge ou brune des urines. Parfois, la proportion de l'albumine est beaucoup plus considérable lorsque l'urine a une teinte rose, ou même citrine, que lorsqu'elle est d'un rouge brun foncé. Ajoutons à ce propos, quoique par anticipation, que le coagulum albumineux est souvent beaucoup plus prononcé dans les urines pâles et décolorées d'individus atteints de néphrite albumineuse chronique, que dans les urines sanguinolentes qui sont le symptôme d'une néphrite albumineuse aiguë. Il est bon, en outre, de faire observer que, dans la néphrite albumineuse aiguë, la proportion de l'urée et des sels, naturellement contenus en dissolution dans l'urine, n'éprouve que peu ou point de changement; et que, par conséquent, à cet égard, l'urine des individus atteints d'une semblable maladie diffère très peu de l'urine normale. Le nombre des mictions, en vingt-quatre heures, varie quelquefois selon l'abondance des boissons, et quelquefois selon le degré d'irritabilité de la vessie : lorsque cette irritabilité est vive, il peut égaler, voire même dépasser celui qu'on observait dans l'état sain. La miction a lieu sans douleur, excepté dans les cas rares où la vessie elle-même est malade, et dans ceux plus rares encore où des concrétions fibrineuses, formées dans les voies urinaires, ont à traverser, non sans quelque difficulté, le col vésical et l'urètre. Mais les observateurs s'accordent à dire que, presque toujours, les malades éprouvent un sentiment de constriction, une douleur sourde ou du moins un malaise aux lombes, quelquefois même précisément à la région rénale : cette douleur est, en certains cas, plus prononcée d'un côté que de l'autre; elle n'est, pourtant, jamais aussi déchirante, aussi intolérable que dans la néphrite aiguë franchement inflammatoire. A peine l'altération de la sécrétion urinaire s'est-elle déclarée qu'on voit se développer, quelquefois avec une rapidité extraordinaire, une anasarque ou même une hydropisie véritablement universelle. Cette hydropisie survient-elle chez des sujets déjà alités, elle commence à se manifester par une bouffissure des paupières ou de tout le visage, notamment, par exemple, à la suite de la scarlatine. D'autres fois, l'œdème se montre d'abord aux membres inférieurs, puis s'étend rapidement aux autres parties du corps : quelquefois il disparaît d'une région pour se développer dans une autre par une sorte de métastase. La

peau chaude, rénitente, ne se déprime que sous une forte pression du doigt; et la trace de cette pression est prompte à disparaître. L'anasarque s'arrête enfin, ou bien va se développant de plus en plus; dans ce dernier cas, les membres et le tronc peuvent acquérir un volume énorme, qui rend douloureux ou du moins très difficiles les mouvemens du corps. Le sang obtenu par la phlébotomie est presque toujours couenneux, et souvent à un degré si prononcé qu'au bout de vingt-quatre heures le caillot, par le retrait de la couenne, prend la forme d'un champignon. Au début de la maladie, le sérum, coagulé par la chaleur ou par un acide, présente une proportion à peu près normale d'albumine; mais, au bout de quelques jours, il se trouve plus ou moins considérablement appauvri sous ce rapport, et le déficit de l'albumine du sang augmente ou diminue suivant que l'albuminurie existe dans un degré plus ou moins fort. Quoi qu'il en soit, après tout, la néphrite albumineuse aiguë peut se terminer : 1° par la résolution, qui, parfois même, s'accomplit d'une manière très rapide; 2° par la mort, le plus ordinairement avec intervention de symptômes cérébraux; 3° enfin, et c'est là un cas assez commun, par le passage à l'état chronique.

6. La *néphrite albumineuse chronique* est incomparablement plus fréquente que la néphrite albumineuse aiguë. Quelquefois, il est vrai, elle ne se constitue que consécutivement à une période fébrile et franchement aiguë. Mais, bien plus souvent, dès le début, elle a toutes les allures, toutes les apparences de l'état chronique. Dans sa forme la plus simple, dans ce qu'on doit appeler son premier degré, elle n'a, pour se trahir, pas d'autre symptôme que l'albuminurie, qui, toutefois, ne laisse pas que de s'accompagner assez constamment, dès le principe, d'une légère diminution des forces musculaires et d'un certain affaiblissement des fonctions digestives. En pareil cas, l'urine, toujours assez pâle et souvent un peu trouble, quelquefois même comme du petit-lait où seraient suspendus de légers flocons blanchâtres, fournit, par l'action de l'acide azotique ou de la chaleur, un coagulum albumineux, ordinairement plus considérable que celui qu'on observe dans la néphrite albumineuse aiguë : M. Rayer dit avoir vu (*loc. cit.*, t. II, p. 116) l'urine albumineuse, exposée à la chaleur, se prendre en masse, mais c'est là un cas excessivement rare; le plus souvent, lorsqu'on traite une telle urine par la chaleur ou par l'acide azotique, on y voit se former de gros flocons blancs, laiteux, qui, après s'être précipités, occupent le quart, la moitié ou les trois quarts du tube ou du vase dans lequel on fait l'expérience; parfois, cependant, les flocons n'ont qu'une apparence nuageuse à l'instant de leur formation, et ne constituent, ensuite, qu'une légère couche à la partie inférieure de l'urine laissée en repos; ou bien encore l'expérience en question ne fait que prêter à l'urine un aspect laiteux, ou seulement une teinte

louche, qui ne s'éclaircissent qu'au bout de plusieurs heures, et, sans aucun doute, les cas de cette sorte ont leur raison dans la ténuité des flocons albumineux. En même temps, l'analyse chimique constate que dans ces urines albumineuses, l'urée, les urates et les phosphates sont en moindre proportion que dans l'urine saine : aussi la pesanteur spécifique de ces urines-là est-elle constamment au-dessous du chiffre normal. Ce premier degré de la néphrite albumineuse chronique peut persister pendant plusieurs mois avant que l'hydropisie commence à se développer. Mais la règle est que, tôt ou tard, les malades deviennent hydropiques. D'abord, ils ont, le matin, au sortir du lit, une bouffissure plus ou moins manifeste des paupières et même de la face tout entière : lorsqu'ils sont restés debout une partie de la journée, les pieds et les environs des malléoles se montrent œdémateux. Puis l'anasarque s'établit, le plus souvent par une infiltration progressive et plus ou moins lente du tissu cellulaire; quelquefois, au contraire, par un brusque développement et dans le court espace de vingt-quatre heures, notamment à la suite d'une exposition trop prolongée du corps à l'impression du froid et de l'humidité. Généralement, au début de cette anasarque, et parfois pendant tout son cours, surtout chez les sujets cachectiques, l'infiltration séreuse des pieds, des jambes, de la région lombaire, etc., a un caractère flasque, mou, et, comme on dit, asthénique; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané n'offrent une certaine tension, une certaine rénitence, que lorsque l'infiltration séreuse, devenue excessive dans quelques parties, et le plus souvent aux membres inférieurs, y provoque un travail inflammatoire, — par exemple, l'apparition de l'*Erythème lisse* (316. E.). Chez un grand nombre de malades, indépendamment de l'anasarque, il s'opère des épanchemens séreux dans le péritoine, dans les plèvres, dans le péricarde, voire même dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien, ainsi que maints observateurs l'ont positivement constaté, soit par le moyen des signes physiques, sur le vivant même, soit, à défaut de tels signes, par l'autopsie cadavérique. Et, remarquons-le sur-le-champ, l'analyse chimique a démontré que la sérosité de ces épanchemens, outre l'albumine et les sels naturels du sang, contenait une certaine quantité d'urée. Pour peu que l'albuminurie existe à un degré notable depuis un certain temps, le sang présente des vices remarquables dans sa composition; ce qui frappe tout d'abord, c'est que le caillot est peu volumineux par rapport à la quantité du sérum, et que, par conséquent, le nombre des globules est tombé au-dessous du chiffre normal; de plus, la proportion de l'albumine dans le sérum est sensiblement diminuée; MM. Andral et Gavarret, par exemple, ont vu l'albumine réduite à la proportion de 56 à 60 sur 1000 parties de sang, au lieu de

68, qui est la moyenne normale (voir n° 64). Souvent, on peut constater dans le sang une certaine quantité d'urée, mais qui n'est jamais très considérable. La durée de la néphrite albumineuse chronique peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. L'hydropisie, une fois déclarée, tantôt disparaît au bout de quelques mois de traitement, tantôt, et c'est là ce qu'on voit le plus ordinairement, résiste à toute espèce de médication et persiste jusqu'à la mort. Elle offre d'ailleurs, comme tous les autres accidens de la maladie en question, des rémissions et des exacerbations à intervalles plus ou moins rapprochés, voire même des améliorations telles que le malade peut de nouveau vaquer à ses affaires et reprendre ses occupations habituelles, jusqu'à ce qu'enfin la maladie, s'aggravant au point d'épuiser peu à peu les forces vitales par la diarrhée et la fièvre hectique, ou se compliquant d'affections deutéropathiques graves, comme une péricardite, une pleurésie, une pneumonie, un érysipèle gangréneux, etc., aboutisse à la mort. Lors même que l'hydropisie vient à disparaître complétement, que la santé est rétablie en apparence, et que les principales fonctions de l'économie s'accomplissent régulièrement, il est extrêmement rare que le dérangement de la sécrétion urinaire cesse tout-à-fait et pour toujours.

C. En fait de néphrite albumineuse, soit aiguë, soit chronique, les récidives, ou, — pour parler plus exactement en ce qui concerne, du moins, la plupart des cas,—les rechutes (58) sont fréquentes. Mais, à cet égard, il y a d'importantes distinctions à établir, selon la forme aiguë ou chronique et les causes de la maladie. Ainsi, les récidives sont vraiment rares dans le cas particulier où une néphrite albumineuse aiguë s'est déclarée à la suite de la scarlatine. Par contre, elles sont très fréquentes, lorsque la néphrite albumineuse aiguë s'est produite sous l'influence de certaines causes difficiles à éloigner, telles que l'action prolongée du froid et de l'humidité chez les gens pauvres, ou bien les habitudes d'ivrognerie; les causes, continuant d'agir encore sur l'économie de la même façon qu'elles ont agi déjà une première fois, amènent à peu près inévitablement de nouvelles attaques; et, après plusieurs attaques de forme aiguë, la maladie finit par prendre le caractère chronique et par devenir incurable. Dans le cas, malheureusement si ordinaire, où une néphrite albumineuse chronique semble guérie, eu égard à la disparition de l'hydropisie, mais où, cependant, l'albuminurie persiste dans un degré quelconque, les rechutes sont très fréquentes et ne manquent guère de suivre tôt ou tard ces guérisons incomplètes : c'est même à tort qu'en pareille circonstance on qualifie de nouvelle attaque l'exacerbation d'une maladie qui n'avait été que simplifiée, mais non pas guérie, et qui, bien que moins complexe, n'en est pas moins incurable toutes les fois que l'albuminurie persiste à un haut degré.

D. Pour ce qui est des différens vices anatomiques que les reins peuvent présenter par le fait de la néphrite albumineuse, M. Rayer les ramène à six formes principales que je vais qualifier et décrire ci-après. De ces six formes, les deux premières appartiennent à la néphrite albumineuse aiguë; les quatre autres, à la néphrite albumineuse chronique. Toutefois, elles peuvent se trouver réunies, et mêlées entre elles, sur tel sujet chez qui la maladie aura attaqué, à des époques plus ou moins éloignées et successivement, diverses portions des deux reins. M. Rayer affirme que jamais il n'a vu la maladie ne siéger que dans un seul rein; mais quelquefois, surtout dans les cas chroniques, les deux reins sont très inégalement affectés.

α. Première forme : *état hyperémique.* Le volume des reins est augmenté : chez l'adulte, leur poids peut s'élever à 300 et même 360 gram., au lieu de 125 grammes, poids ordinaire de chaque rein. Leur consistance est assez ferme, mais sans dureté, et à peu près comme s'ils eussent été gonflés par une injection aqueuse. Leur surface, qui offre une teinte générale d'un rouge plus ou moins vif, paraît piquetée d'un grand nombre de points d'un rouge plus foncé. A la coupe, on reconnaît que l'augmention de volume du rein est due à la tuméfaction hyperémique de la substance corticale. La substance tubuleuse, comprimée entre les prolongemens tuméfiés de la substance corticale, est d'un rouge plus mat et a ses stries moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée et présente des arborisations vasculaires. Il faut dire qu'on observe rarement ce premier degré de la néphrite albumineuse, puisque, en général, la mort n'arrive qu'à une époque plus avancée de la maladie. Au surplus, cette forme doit être distinguée : 1° d'avec les hyperémies asthéniques que les reins offrent quelquefois par suite des maladies chroniques du cœur, et dans lesquelles le sang se montre plus noir et en plus grande abondance; 2° d'avec les néphrites franchement inflammatoires, où le rein est non seulement très rouge, mais assez dur, et présente presque toujours quelques points purulens.

β. Deuxième forme : *état mi-parti d'anémie et d'hyperémie.* Le volume et le poids des reins sont augmentés, comme dans la forme précédente; mais leur surface a un aspect marbré, quelques taches rouges s'y trouvant disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. A la coupe, la substance corticale se montre tuméfiée, avec une teinte pâle jaunâtre, tachetée de rouge, et fait ainsi le contraste le plus marqué avec la substance tubuleuse, dont la teinte est, en pareil cas, d'un rouge brun assez prononcé.

γ. Troisième forme : *état hypertrophique avec décoloration.* Le volume et le poids des reins sont augmentés comme dans les formes pré-

cédentes; mais il n'y a plus ni taches rouges ni marbrures. La substance corticale, tant à la surface du rein qu'à l'intérieur, a une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, ou bien une teinte plus pâle encore et plutôt jaunâtre que rosée. Dans ces reins hypertrophiés et décolorés, on rencontre souvent une induration rouge des mamelons de la substance tubuleuse, et un léger épaississement, parfois avec injection de la membrane muqueuse du bassinet et des calices

δ. Quatrième forme : *état granuleux du parenchyme rénal* (granulations de Bright). Comme dans les formes précédentes, les reins sont plus volumineux et plus pesans qu'à l'état sain. Leur surface, parfaitement lisse, et le plus souvent d'un jaune pâle, se montre parsemée de petites taches d'un blanc laiteux ou un peu jaunâtre, à peine larges comme la tête d'une petite épingle, souvent oblongues et ressemblant assez bien à de légers grumeaux de petit-lait qui seraient, là, irrégulièrement répandus en plus ou moins grand nombre. Telle est, de prime abord, l'apparence des granulations si bien décrites par M. Bright, lesquelles, en général, sont plus nombreuses et plus manifestement prononcées vers les extrémités qu'à la partie moyenne de la surface rénale. Incisez ensuite les reins de leur bord convexe à leur scissure : ces granulations se montrent pour ce qu'elles sont, et non pas pour des macules superficielles; elles se montrent dans l'épaisseur de la substance corticale. La teinte générale de cette substance est pâle et jaunâtre, comme dans la seconde et la troisième forme (β. et γ.), et contraste fortement avec la couleur rouge de la substance tubuleuse. En outre, la substance corticale est tuméfiée, hypertrophiée, surtout dans ses prolongemens entre les cônes tubuleux. Les granulations de Bright apparaissent là comme autant de petits points, d'un blanc laiteux, qui, au lieu d'être aussi distinctement isolés les uns des autres qu'il est ordinaire de les voir à la surface des reins, forment, par leur rapprochement, des lignes irrégulières et comme floconneuses.

ε. Cinquième forme : *état granuleux de la périphérie*. Plus rare que les formes précédentes, elle est pareillement liée à un certain accroissement des reins en volume et en poids. Pour donner une image exacte de l'aspect particulier que les reins présentent en pareil cas, M. Rayer ne voit rien de mieux que de dire qu'il semble qu'un grand nombre de grains de semoule sont disposés au-dessous de la membrane celluleuse propre de ces organes.

ζ. Sixième forme : *état mamelonné avec induration*. Les reins, quelquefois plus volumineux, mais souvent plus petits que dans l'état sain, sont durs et présentent des inégalités ou des mamelons dans leur surface, voire même des déformations assez bizarres. Rarement, en pareille circonstance, aperçoit-on extérieurement des granulations; mais,

à la coupe, on en découvre presque toujours un certain nombre dans l'épaisseur de la substance corticale. Le plus ordinairement, ces reins indurés, rugueux ou mamelonnés, sont décolorés, anémiques, en totalité ou en partie.

E. Maintenant, pour terminer cet aperçu nosologique, disons quelles sont les maladies avec lesquelles la néphrite albumineuse se montre ordinairement en complication. Hors de toute comparaison, à ce qu'il me semble, c'est, pour la néphrite albumineuse aiguë, la scarlatine, à titre de maladie protopathique ; et, pour la néphrite albumineuse chronique, les maladies du cœur, tantôt à titre protopathique, tantôt à titre deutéropathique.

676. *Etiologie.* — A. En fait de causes externes, nulle ne paraît plus puissante que le froid, surtout lorsqu'il est combiné avec l'humidité, pour amener à la longue, par une influence continue ou habituelle, le développement de la néphrite albumineuse chronique, ou pour occasionner, par une impression brusque et profonde, celui de la néphrite albumineuse aiguë. Presque toujours, lorsque la néphrite albumineuse aiguë apparaît à la suite de la scarlatine, l'intervention d'une telle cause a eu lieu de la façon la plus manifeste pendant le déclin de l'éruption. Les boulangers, les verriers, les forgerons, en un mot, tous les ouvriers exposés par leur profession à l'action d'une forte chaleur, et sujets, par conséquent, à éprouver de dangereux refroidissemens au sortir de leur travail, ont, à ce qu'il paraît, le triste privilége de fournir à la statistique médicale le plus grand nombre des cas de néphrite albumineuse aiguë qui se présentent sans scarlatine préalable et à titre de maladie tout-à-fait indépendante. Les débardeurs, les blanchisseuses, et toutes les personnes qui passent leur vie dans une atmosphère humide, figurent, pour un large contingent, dans la liste des victimes de la néphrite albumineuse chronique. Il est donc naturel de professer, et jusqu'à présent tout semble prouver que la néphrite albumineuse est une maladie beaucoup plus fréquente dans les climats froids et même tempérés que dans les climats chauds.

B. En fait de causes personnelles, il faut accuser les constitutions affaiblies et détériorées comme étant singulièrement sujettes à la néphrite albumineuse chronique : aussi voyons-nous divers observateurs attribuer l'origine de ce mal, chez un grand nombre de personnes, aux privations et à la misère ; chez d'autres, à la présence plus ou moins ancienne de quelque maladie chronique grave, comme la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, la phthisie pulmonaire, etc. ; chez quelques adolescens, aux excès de l'onanisme. Il semble, toutefois, que les maladies chroniques du cœur ont là une part réellement prédominante (675. E.).

C. Bien des observateurs s'accordent à signaler l'ivrognerie, et même aussi l'habitude d'user sans modération, quoique sans ivresse, de vin, d'eau-de-vie et autres boissons alcooliques, comme une influence des plus évidemment favorables au développement de la néphrite albumineuse chronique.

D. Les auteurs les plus compétens en matière de néphrite albumineuse assurent que le sexe masculin est celui qui présente le plus d'exemples de cette maladie. Serait-ce précisément parce que la circonstance pathogénique qui vient d'être signalée dans la proposition précédente (C.), l'abus des boissons fortes, est un vice plus commun parmi les hommes que parmi les femmes?

Voilà tout ce qu'il y a de plus positif à dire concernant l'étiologie de la néphrite albumineuse.

677. *Diagnostic.* — A. En ce qui touche la néphrite albumineuse aiguë, le cas est clair, évident, impossible à méconnaître, toutes les fois qu'avec l'apparition d'urines sanguinolentes, et notablement chargées d'albumine, on voit se développer une anasarque sous forme de maladie aiguë. Mais il n'en est pas de même si l'anasarque n'est pas encore là; car, dans de telles circonstances, il y a grand risque de confondre la néphrite albumineuse avec l'hématurie, quoique celle-ci ait pour caractère à peu près constant, non pas seulement de rendre les urines sanguinolentes, mais de les charger de caillots sanguins, de concrétions fibrineuses; ou bien encore il y a risque de la confondre avec les cas dans lesquels les urines se montrent coagulables à l'acide azotique et à la chaleur par suite de la présence d'une certaine quantité de pus ou de mucus puriforme. Les limites de mon ouvrage ne me permettent pas d'entrer dans les détails nécessaires à éclairer ces difficiles et délicats problèmes de diagnostic. Là-dessus le lecteur devra consulter les traités spéciaux, ou bien puiser des lumières dans les réflexions que peut lui fournir sa propre expérience.

B. En ce qui touche la néphrite albumineuse chronique, je ne puis pas non plus me permettre ici un luxe de détails propres à éclairer le diagnostic des cas douteux, équivoques, à demi dessinés. Je me bornerai à remarquer que la maladie de Bright est bien et dûment proclamée toutes les fois que les urines, d'ailleurs pâles, limpides, non chargées de sang ni de pus, contiennent constamment une proportion plus ou moins considérable d'albumine, et surtout si à cette albuminurie permanente il se joint quelques phénomènes d'hydropisie.

678. *Pronostic.* — A. La néphrite albumineuse aiguë doit toujours inspirer des craintes fort sérieuses. Toutefois il est bon de savoir qu'elle est un peu moins grave, qu'il y a plus de chance de la voir aboutir à une guérison radicale dans les cas où elle se développe à la suite

de la scarlatine, ou sous l'influence de la grossesse, que dans ceux où elle apparaît d'emblée chez une personne jusque là bien portante, et qui s'est par hasard exposée à quelque violente impression de froid.

B. Quant à la néphrite albumineuse chronique, presque toujours elle ne se termine que par la mort du malade; mais, bien des fois, grâce à un traitement convenable, et surtout grâce à une bonne hygiène, on peut amender considérablement cette maladie, l'enrayer dans sa marche, la débarrasser des phénomènes d'hydropisie pendant plusieurs années, et en même temps la maintenir dans un médiocre degré d'albuminurie.

679. *Thérapeutique.* — A. *Contre la néphrite albumineuse aiguë :* phlébotomie; ventouses scarifiées, ou sangsues, à la région lombaire; bains chauds; bains de vapeur; médicamentation cathartique et même drastique.

B. *Contre la néphrite albumineuse chronique :* flanelle sur la peau; soins assidus pour éviter le refroidissement du corps; choix d'un logement exposé au midi; et même, au besoin, voyage et séjour dans un climat chaud; alimentation analeptique, mais avec un usage très modéré des boissons alcooliques; saignée générale ou locale dans les exacerbations de la maladie; tisane de raifort sauvage, louée par M. Rayer; teinture de cantharides, à la dose de 10 à 20 gouttes et davantage, chaque jour dans une émulsion, autre remède encore loué par le même médecin; bains de vapeur; purgations pour combattre l'hydropisie; les amers, la poudre de colombo, la créosote pour calmer les vomissemens, de préférence, ici, à l'emploi de la glace, des opiacés ou des eaux gazeuses; l'opium pour la diarrhée; les ferrugineux et le quinquina quand l'asthénie est très prononcée.

Tels sont les principaux moyens de traitement que recommandent, contre la néphrite albumineuse, les hommes les plus compétens en pareille matière.

ARTICLE XLV.

OVARITE.

(Nom de création contemporaine, ayant le léger tort d'être hybride dans sa forme (277), mais avec l'avantage d'être généralement usité. — De *Ovarium*, terme de moderne latinité, pour désigner ce que les anciens nommaient le *Testicule de la femme*, par une vue analogique, étrange peut-être de prime abord et en apparence, mais qui reste profondément vraie en anatomie philosophique.)

680. *Bibliographie.* — CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livrais. XIII, planche 2, et p. 10-13 du texte.

CHEREAU. — (*Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires.* Paris, 1844, in-8°.) IIIe mémoire (*Inflamm. aiguë des ovaires*).

LEROY (d'Étiolles). — (Dans son *Recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Acad. des sciences.* Paris, 1844, in-8°.)— Pag. 266-74, *Sur les signes de l'inflammation aiguë des trompes utérines et des ovaires.*

HIRTZ (Louis).— (*Des maladies des ovaires.* Th. inaug. Strasbourg, deuxième série, n° 67. Année 1841.) Pag. 11-31, *De l'oophorite aiguë;* — p. 31-5, *De l'oophorite chronique;* — p. 35-51, *Suites, issues, terminaisons de l'inflammation aiguë et chronique des ovaires;* — p. 63-73 (Observations particulières).

681. *Nosologie.* — A. L'ovarite est une inflammation du parenchyme propre de l'ovaire. Ainsi, à mon sens, doit-on toujours l'entendre. Quelques auteurs ont à tort indiqué parmi les variétés de cette maladie l'*ovarite péritonéale*, c'est-à-dire une inflammation bornée à la portion de péritoine qui environne l'ovaire. Si tant est que cette péritonite partielle se présente jamais à l'observation, avec une telle rigueur de limitation et indépendamment de l'ovarite proprement dite, il faut la désigner, non pas sous le nom d'ovarite, mais sous celui de péritonite péri-ovarique, ainsi que nous avons déjà signalé, à beaucoup meilleur titre, une péritonite péri-hépatique et une péritonite péri-splénique.

B. Synonymes : — Dépôts laiteux, ou Abcès de l'ovaire, chez les anciens auteurs; — Oophorite, de M. Louis Hirtz (de Ὠοφόρος, ovipare, ou, plus littéralement, *ovifère,* — Ὠόν, œuf, Φέρω, je porte, — comme qui dirait l'*Inflammation de l'organe ovipare*), en exacte conformité avec les principes de la philologie la plus sévère, et dans toute la pureté du génie hellénique, mais, il faut le dire, au prix d'une certaine étrangeté, que le temps et l'usage pourraient très bien, d'ailleurs, faire évanouir.

C. L'ovarite est une maladie beaucoup plus fréquente que ne le pense le commun des praticiens. Elle ne semble rare que parce que, sur e vivant, elle est très souvent méconnue, très souvent à peine soupçonnée plutôt que diagnostiquée; car sa symptomatologie n'est pas, il s'en faut de beaucoup, au niveau de son anatomie pathologique; elle est loin, bien loin d'avoir la même valeur, de fournir les mêmes lumières.

D. Le plus ordinairement, l'ovarite est bornée à un seul ovaire. L'ovarite double est l'exception, le cas relativement rare.

E. Les symptômes, soit locaux, soit sympathiques, qu'il faut signaler comme propres à caractériser, à déceler plus ou moins clairement une

ovarite, sont les suivans. 1° Douleur plus ou moins vive, sourde ou pongitive, mais continuelle, avec sentiment de chaleur brûlante, dans un espace presque toujours très bien circonscrit vers le milieu de la région iliaque, à peu près à la hauteur de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, et à distance égale ou presque égale de cette épine et de la ligne blanche. Cette douleur est, d'ordinaire, peu marquée, tant que la malade reste couchée et en parfait repos; mais elle s'exaspère par les mouvemens du tronc, par la station prolongée, par la pression de la main qui vient à explorer la partie affectée. Et quand elle est intense, elle ne permet à la malade ni de marcher, ni de se tenir debout, ni même de changer de position dans le lit sans un atroce redoublement de souffrance. 2° Rénitence insolite, à la palpation, dans la région même de l'ovaire; et, parfois même, tumeur plus ou moins distincte, plus ou moins volumineuse, plus ou moins facile à explorer, plus ou moins régulièrement arrondie et mobile. 3° Douleurs sympathiques dans les lombes, dans l'aine et dans la partie interne et supérieure de la cuisse du côté affecté.

F. Dans certains cas, et surtout quand la douleur est intense, l'ovarite est accompagnée d'un appareil fébrile plus ou moins violent, plus ou moins fécond en symptômes accessoires.

G. Souvent l'ovarite est latente : nulle douleur dans l'ovaire; tout au plus, un obscur sentiment de malaise et de pesanteur, vaguement répandu dans le bassin, les aines et les cuisses. Et il en peut être ainsi, lors même qu'il y a un mouvement de réaction fébrile, lors même, aussi, que l'ovaire en est venu au point de former une tumeur très évidente.

H. Ai-je besoin de dire que la marche de l'ovarite est tantôt aiguë, tantôt chronique?

α. L'*ovarite aiguë* peut se terminer : 1° par résolution, jamais en moins de huit à dix jours; 2° par suppuration, ce qui constitue une maladie plus grave et généralement plus longue que dans le cas qui précède; 3° par la mort, dans quelques cas, soit à cause de gangrène, ce qui est extrêmement rare, soit d'une autre façon, et cela parfois en très peu de temps, le quatrième ou le cinquième jour, par exemple; 4° enfin, et le plus fréquemment peut-être, par le passage à l'état chronique. Lorsque l'ovarite se termine par suppuration, et qu'un abcès vient à se former dans l'ovaire, il arrive quelquefois que cet abcès s'ouvre avant d'avoir contracté des adhérences avec les organes voisins, et que, par suite de l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale, on voit éclater brusquement une péritonite sur-aiguë (575. D. γ.), presque inévitablement mortelle. Mais le plus ordinairement l'abcès contracte des adhérences, soit avec la paroi abdominale, où il peut alors faire saillie, se déceler par une fluctuation manifeste, et au besoin, être ou-

vert à l'aide du bistouri ou de la potasse, soit avec une anse d'intestin avec la vessie, avec la trompe utérine, ou la paroi supérieure du vagin, de manière que le pus sorte par l'anus, l'urètre ou la vulve. Entre autres exemples de ce genre qui peuvent être consultés dans les fastes de l'art, citons un cas que M. Chéreau raconte dans le mémoire précité (680), et qu il avait déjà précédemment publié dans le *Journ. des connaissances médico-chirurgicales* (août 1843, p. 62-4) : là, en effet, il s'agit d'une maladie fort intéressante qui paraît avoir été une ovarite droite, et où la tumeur s'affaissa après un écoulement de pus par le vagin.

G. L'*ovarite chronique*, très souvent latente et à peine escortée de quelques symptômes équivoques et obscurs, guérit rarement; mais elle peut durer des années sans compromettre la vie de la femme qui en est atteinte. Ce qu'elle met surtout en péril, ce qu'elle court grand risque d'anéantir, c'est la fécondité des rapprochemens conjugaux, c'est l'aptitude à devenir mère; car, presque toujours, il se fait là une induration irrévocable de l'ovaire, une induration incompatible, assurément, avec la sublime et mystérieuse puissance dont cet organe est doué dans son état normal, avec la création et le développement des ovules destinés à propager l'espèce.

I. En fait d'investigation nécroscopique, quand une femme vient à mourir avec une ovarite, que trouve-t-on? Le plus ordinairement, en cas d'ovarite aiguë, l'ovaire ne présente pas d'autre altération anatomique, que d'être rouge, gorgé de sang, tuméfié, et rien de plus. Parfois, il contient du pus, tantôt infiltré, tantôt rassemblé en foyers plus ou moins grands, plus ou moins nombreux, ou bien en un seul abcès; et, dans ce dernier cas, surtout, il y a presque toujours des adhérences pathologiques, que l'ovaire a contractées avec les parties circonvoisines. En cas d'ovarite chronique, l'induration de l'ovaire peut aller jusqu'à toucher de bien près aux apparences du squirrhe.

J. Très souvent, en compagnie de l'ovarite, existe aussi une métrite, soit métrite catarrhale, soit métrite parenchymateuse (550), ou bien, même, une métro-péritonite. Cela, il faut bien le dire, est la règle; et le contraire, l'exception.

682. *Étiologie.* — (287.) — Dans le plus grand nombre des cas, sinon dans tous, c'est en raison d'une métrite préexistante que l'ovarite se développe, comme maladie deutéropathique qui peut persister et persiste, en effet, bien des fois après la disparition de la maladie primitive. Comment se pourrait-il que la chose allât autrement? L'ovaire est à l'abri de l'impression directe des vicissitudes atmosphériques; les contusions et les blessures ne peuvent l'atteindre et le compromettre qu'en portant sur d'autres organes dont les lésions sont beaucoup plus graves que les siennes, et doivent, à ce titre, absorber, pour ainsi dire, toute

l'attention et tous les soins du médecin ; il n'a, enfin, que peu ou point de rapports sympathiques, peu ou point d'intimité physiologique, s'il est permis d'ainsi parler, avec le reste de l'économie, hormis l'utérus. Ce n'est donc que par la voie de l'utérus qu'il est donné à l'inflammation d'envahir assez fréquemment les ovaires. C'est indirectement et par l'intermédiaire de la métrite que l'accouchement, la blennorrhagie, les injections intra-utérines peuvent être cause d'une ovarite. Pour ce qui est de l'ovarite puerpérale, tout le monde s'accorde à la reconnaître. L'ovarite blennorrhagique a été particulièrement signalée par M. Ricord (*Trait. prat. des mal. vénér.*, p. 682) ; comme lui, je l'admets et la proclame, non seulement *à priori*, mais aussi d'après l'observation de quelques cas où j'ai la conviction intime de l'avoir bien et dûment diagnostiquée. Elle est, chez la femme, l'analogue de ce que l'épididymite blennorrhagique est chez l'homme; elle naît et ne peut naître que par suite de la métrite blennorrhagique (552. A.) : non pas, j'imagine, par pure sympathie, mais parce que l'inflammation, ne restant point confinée, comme c'est l'ordinaire, dans les limites du col utérin, s'insinue dans l'intérieur de l'utérus, et de là se propage le long de la trompe de Fallope jusqu'à l'ovaire. Si les injections intra-utérines ont quelquefois, ainsi que M. Leroy d'Étiolles les en accuse, déterminé le développement d'une ovarite, ce n'est, à coup sûr, que par suite de l'exaspération de la métrite leucorrhéique (552. C.), contre laquelle on en faisait un malencontreux essai. Suivant l'opinion de M. Mélier (voir les *Nouv. élém. de path. médico-chirurg.* de Roche, Sanson et Lenoir, t. I[er], p. 660 et 664), la métrite, bien que bornée au col utérin, suffirait pour entraîner le développement d'une ovarite, en vertu d'une influence purement sympathique; et telle serait même, pense-t-il encore, l'origine la plus commune des ovarites, la condition pathogénique qui les entretient, les perpétue, et qu'il faut surtout s'appliquer à combattre pour les amener à parfaite guérison.

683. *Diagnostic.* — Même à l'égard de l'ovarite aiguë, le diagnostic est fort difficile, et, en général, simplement probable plutôt que certain. Quant à l'ovarite chronique, lorsqu'elle ne succède pas à un état franchement aigu, et tant que l'ovaire n'a pas acquis un certain volume, un volume manifestement appréciable à travers les parois abdominales, elle ne peut qu'être devinée, et non pas diagnostiquée.

684. *Thérapeutique.* — (290.) — Phlébotomies. Ou bien, si l'on veut aussi, saignées locales, soit à l'anus, soit sur la région iliaque : non pas qu'elles aient là une puissance spéciale sur le système vasculaire de l'ovaire, mais parce qu'après tout elles agiront par la diminution qu'elles font subir à la masse générale du sang. Bains répétés et prolongés. Cataplasmes émolliens. Lavemens de même nature, plusieurs

fois par jour, mais chaque fois sous un petit volume, de telle sorte qu'ils puissent être longtemps gardés dans l'intestin. Voilà ce qu'il convient d'employer contre l'ovarite aiguë et contre les exacerbations de l'ovarite chronique. Celle-ci indique, d'ailleurs, l'intervention de la médication révulsive : vésicatoires à la cuisse, frictions stibiées sur la région iliaque, etc. En tout cas, lorsqu'il existe une métrite, tant légère soit-elle, et quelque insignifiante qu'elle paraisse, il importe de la combattre avec soin et persévérance (682) par les moyens appropriés. Un point non moins important, et sur lequel M. Leroy d'Étiolles a insisté avec grande raison, c'est d'assurer la parfaite liberté du ventre, c'est de veiller à détruire ou à prévenir la constipation. Si un abcès de l'ovaire vient faire saillie à la paroi abdominale, et s'y déceler par une évidente fluctuation, et qu'on s'aperçoive par une exploration attentive qu'il adhère à cette paroi, il faut l'ouvrir sans plus tarder, méthodiquement, bien entendu, et avec les précautions convenables.

ARTICLE XLVI.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE OU PROFONDE (550).

685. *Bibliographie.* — Dugès et madame Boivin. — (*Tr. prat. des mal. de l'utér. et de ses annex.*, — t. II, p. 194-319). — Sect. VI, chap. I, II, III et IV.

Duparcque. — (*Maladies de la matrice*) — t. I, p. 222-44. (*Métrite parenchymateuse.*)

686. *Distinguer deux espèces principales établies au point de vue du siége.* — Tantôt, et c'est là le cas le plus ordinaire, l'inflammation n'envahit et n'engorge que le parenchyme du col utérim, le corps de la matrice restant parfaitement sain, ou n'étant, tout au plus, affecté que de métrite catarrhale : c'est ce que les praticiens ont occasion d'observer chez un grand nombre de femmes et dans une infinité de circonstances diverses, le col utérin étant la partie de l'utérus la plus exposée, et par sa situation, et par sa texture propre, et par son mode de vitalité, à subir les atteintes de maintes et maintes causes morbifiques, le col utérin, encore une fois, étant à la lettre le point par où l'utérus est le plus facilement vulnérable. Tantôt, au contraire, cas infiniment plus grave, mais, par bonheur, bien moins fréquent, l'utérus se trouve pris d'inflammation dans la totalité de son parenchyme.

De là, deux espèces nosographiques qui diffèrent considérablement l'une de l'autre, et pour lesquelles il est à regretter que le langage de la science ne possède pas encore deux termes parfaitement distincts, précis et exempts d'ambiguïté. Faute de meilleures dénominations, nous em-

ploierons donc celles que voici : 1° *Métrite parenchymateuse bornée au col utérin ;* 2° *Métrite parenchymateuse totale.* C'est là, sans doute, s'exprimer longuement, mais du moins de manière à être sur-le-champ compris de tout le monde.

Maintenant, il importe de remarquer que, si la métrite catarrhale (550) peut exister isolément et sans inflammation du parenchyme propre de la matrice, la métrite parenchymateuse, au contraire, ne se montre jamais, ou presque jamais, qu'accompagnée d'un certain degré de métrite catarrhale, soit que la muqueuse utérine ait été, comme il arrive dans une infinité de cas, le point de départ de tout le mal, soit qu'elle n'ait pas tardé de prendre part deutéropathiquement à l'inflammation qui aura pris naissance dans le parenchyme subjacent.

687. *Coup d'œil particulier sur la métrite parenchymateuse bornée au col utérin.* (Vulgairement, Engorgement inflammatoire du col utérin, ou bien, en termes plus vulgaires encore, du museau de tanche.) — A. Disons, d'abord, quels sont les symptômes qu'une telle maladie présente à l'observation comme symptômes essentiels et principaux. La malade, dès les premières questions qu'on lui adresse, se plaint de ces divers phénomènes que toute hyperémie utérine, quelle qu'elle soit, a coutume d'entraîner (201-3) : coliques utérines, pesanteurs et tiraillemens dans les aines, micturitions fréquentes, etc., etc. Mieux que cela, il n'est pas rare que la tuméfaction du col utérin produise la même sensation que s'il y avait un corps étranger dans le vagin, la sensation d'un poids incommode qui, en allourdissant l'utérus, en gênant et le rectum et la vessie, pèse douloureusement sur le périnée et le fondement. Au toucher, le col utérin se montre brûlant, douloureux, augmenté de volume, et, particulièrement dans les cas chroniques, plus ou moins dur et ferme sous le doigt qui le presse. Le spéculum, si la douleur n'est pas telle qu'il faille renoncer à le faire intervenir, montre, pour ainsi dire, la maladie à nu : il met sous les yeux de l'observateur la tuméfaction du col utérin, et, de plus, la rougeur morbide qui ne laisse pas que d'y exister aussi à un plus ou moins haut degré. Il va sans dire qu'en raison de l'état douloureux du col utérin, les approches conjugales peuvent quelquefois devenir un intolérable supplice, un véritable objet d'horreur. Mais, d'autres fois, malgré une certaine souffrance du col utérin sous les chocs du pénis, malgré cette poignante épine cruellement fixée dans le sein du plaisir, il y a, par le fait même de la maladie, par le fait de l'orgasme hyperémique où l'appareil génital se trouve jeté, une surexcitation de la concupiscence, un feu inextinguible de désirs amoureux, en un mot, une véritable nymphomanie.

B. L'inflammation parenchymateuse du col utérin, sous des formes

infiniment variées quant à l'intensité et aux combinaisons des symptômes précités (A.) et des symptômes accessoires, peut se montrer, tantôt à titre de maladie aiguë, tantôt à titre de maladie chronique.

α. A l'*état aigu*, il n'est pas rare qu'elle débute et sévisse pendant quelque temps avec un appareil fébrile des plus intenses; elle peut se montrer, en certains cas, horriblement douloureuse. Puis, au bout de quelques jours, au bout d'une à deux semaines, elle se termine par résolution, ou bien passe à l'état chronique : je ne sache pas que, dans les fastes de l'art, il y ait un exemple de terminaison par suppuration, encore moins par gangrène.

β. A l'*état chronique*, elle dure des mois, des années, une vie tout entière; souvent alors elle se trouve jointe à un catarrhe utérin des mieux caractérisés, à une leucorrhée excessive, qui ne contribue pas peu à maintenir la malade dans une maigreur, dans une faiblesse déplorable. C'est alors surtout que les femmes se tourmentent de l'idée d'avoir un squirrhe, un *ulcère* (comme elles ont plutôt coutume de dire), ou déjà confirmé, ou du moins en germe. Et, j'ai honte de le reconnaître, mais cela n'est malheureusement que trop vrai, il s'est trouvé des médecins qui, par ignorance, par faux savoir, peut-être même par un horrible machiavélisme, ont nourri et exploité de pareilles craintes, pour en venir à amputer le col utérin, ou bien à le détruire par l'application des caustiques les plus violens. Voilà le secret de tant de prétendus cancers dont on délivre l'utérus radicalement, infailliblement et sans aucune récidive, dans l'ombre d'une pratique soustraite au contrôle d'observateurs éclairés.

C. Quant aux circonstances qui figurent en première ligne dans l'étiologie de l'engorgement inflammatoire du col utérin, les voici, sommairement. Excès de coït, soit par la répétition trop fréquente, soit seulement, même, par le trop de durée de l'acte. Contusions réitérées du col utérin par un pénis trop long, ou par un instrument de débauche solitaire. Continence, chez les femmes d'un tempérament érotique : c'est là une cause non moins réelle que les précédentes, encore bien qu'elle paraisse de prime abord impliquer contradiction : nul doute qu'elle n'agisse, pour produire l'effet en question, par le retour plus ou moins fréquent de l'hyperémie utérine et des pollutions involontaires sous l'influence des rêves lascifs, et aussi, dans l'état de veille, à l'occasion de quelque pensée amoureuse. Suppression quelconque du flux menstruel. Accouchemens; avortemens; extraction d'un polype. Présence d'un pessaire, opiniâtrément maintenu malgré la gêne extrême et l'irritation évidente qu'il occasionne. Faut-il encore, avec quelques auteurs, reconnaître un certain degré d'influence spéciale de la part du froid, quand cet agent physique porte particulièrement son action sur

les parties génitales et leurs alentours ? Ce qui est hors de toute contestation, c'est la puissance de la métrite blennorrhagique (552. A.), de la métrite granulée (552. B.), et, à plus forte raison encore, des chancres syphilitiques situés sur le col utérin, pour entraîner fort souvent le développement d'un engorgement général de cette partie. N'oublions pas non plus de mentionner le prolapsus de l'utérus comme cause prédisposante : ce qui est facile à comprendre, puisque en pareil cas, premièrement, le col utérin court risque, plus que jamais, d'être violemment froissé, meurtri et pour ainsi dire broyé dans le coït, et que, secondement, la susdite infirmité rend souvent indispensable l'usage des pessaires. Ai-je besoin, enfin, d'ajouter que l'engorgement inflammatoire, rien qu'inflammatoire, et non squirrheux, du col utérin appartient à peu près exclusivement à la période qui, dans la vie de la femme, est pour l'utérus, si je puis parler ainsi, l'âge d'activité ?

D. Pour ce qui est du diagnostic, encore bien que la plupart du temps il puisse être posé avec une extrême facilité (car, grâce au toucher et au spéculum, la maladie se laisse saisir à nu tout comme une affection cutanée), il faut néanmoins avouer que, dans certains cas, la véritable nature du mal peut être une énigme obscure, voire même indéchiffrable, quand l'âge avancé de la malade, quand l'extrême dureté de la déformation suspecte du col utérin, quand la présence opiniâtre de douleurs lancinantes fait légitimement craindre qu'on n'ait affaire à un squirrhe utérin, et non plus à une simple inflammation.

E. Lorsque, tout bien considéré, il y a lieu de conclure que l'engorgement du col utérin est purement inflammatoire, le pronostic n'est réellement pas grave. Si l'on ne peut infailliblement promettre la guérison absolue, le retour du col utérin à un état parfaitement normal, la cessation de tous symptômes incommodes, toujours est-il que la vie de la malade n'est pas le moins du monde menacée et compromise.

F. Fort simples sont les moyens qu'une saine et sage thérapeutique conseille pour guérir ou pallier les engorgemens phlegmasiques du col utérin. Pour les cas aigus, que faut-il ? rien que du repos, et que l'intervention de la médication antiphlogistique proprement dite (290. C.): saignées générales ou locales, injections émollientes, lavemens de même nature, bains généraux ou, tout simplement, bains de siége, à l'eau de guimauve, à l'eau de son, etc. Pour les cas chroniques, il faut, suivant les antécédens de la femme, suivant les aveux adroitement surpris à sa pudeur, suivant les exigences de son tempérament, conseiller, tantôt un renoncement complet aux approches conjugales, tantôt seulement un peu plus de réserve et de modération que par le passé, tantôt, au contraire, un changement de vie qui mette fin à une continence mal supportée, et satisfasse un des plus impérieux besoins de la nature.

Il faut encore ici savoir tirer du sang bien à propos, soit par la lancette, soit par la sangsue, et, au besoin, soumettre même le col utérin, par le moyen du spéculum, aux utiles piqûres de ce précieux annélide, dont rien, en vérité, ne saurait remplacer là l'intervention ; enfin, les injections d'eaux sulfureuses, les douches ascendantes à l'aide de ces eaux-là, ou simplement à l'aide de l'eau froide, sont des ressources dont l'emploi, suffisamment prolongé, paraît avoir ici une efficacité incontestable.

688. *Rien qu'un mot sur la métrite parenchymateuse totale.* — (Métrite proprement dite, Métrite par excellence.) — Je n'ai jugé à propos, dans cet article-ci, que de mentionner simplement pour mémoire la métrite parenchymateuse totale. Et voici pourquoi. C'est que cette espèce de métrite n'est guère observée dans son plein et entier développement, et, s'il est permis de parler ainsi, dans toute sa perfection, avec suppuration, ou gangrène, qu'à la suite de l'accouchement, ou après les avortemens qui s'opèrent dans une phase déjà avancée de la grossesse. Or, en pareille circonstance, la puerpéralité est le fait qui domine toute la question. Et, par conséquent, la métrite parenchymateuse totale, ainsi que la phlébite utérine, qui en est un mode, une variété, une partie (comme on voudra le dire), et pour laquelle j'ai déjà fait plus haut mes réserves (306.), me paraît devoir être renvoyée à l'histoire de la *Fièvre puerpérale*, qui aura son article dans la seconde section de la pathologie spéciale, dans ce que j'appelle la *Nosographie étiologique.* En effet, cette métrite n'est, après tout, qu'un des élémens anatomiques de la fièvre puerpérale. Assurément, je ne prétends point nier d'une façon absolue qu'une semblable métrite ne puisse par hasard se développer hors des conditions de l'état puerpéral, consécutivement, par exemple, à l'extraction d'un polype volumineux, à un coup violent sur l'hypogastre, ou à quelque autre cause. Mais, pour mon compte, je n'en connais pas d'exemple authentique. Et, pour ce qui est de prévoir théoriquement les symptômes et les terminaisons possibles dans une telle occurrence, et de formuler à ce propos les règles particulières de traitement qui dérivent des principes généraux de la thérapeutique des inflammations (290), quel lecteur se plaindra que je lui laisse cette facile tâche ?

CHAPITRE V.

HYPERTROPHIES.

689. *Bibliographie.* — MARANDEL. — (*Essai sur les irritations.* Th. inaug. Paris, 1807, n° 102.) Voir notamment p. 10-11, p. 21-3, p. 58-61, et p. 75, les points relatifs aux *Irritations nutritives.*

ANDRAL. — (*Précis d'anat. pathol.*), t. I. p. 165 et suiv.

CRUVEILHIER. — (Dans le *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, — t. X, p. 218-51.) — Article *Hypertrophie.*

BÉRARD (aîné). — (Dans le *Répertoire*, — t. XVI, p. 118-21.) — Art. *Hypertrophie.*

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

690. *Nosologie.*—A. Sous le nom d'hypertrophie, nous devons comprendre les vices anatomiques qui consistent en ce qu'un tissu, un organe ou une portion d'organe présente un accroissement extraordinaire, une augmentation de volume et de poids de sa propre substance au-delà des proportions normales, mais sans altération de texture, ou, tout au plus, avec un certain degré d'induration. C'est à l'exemple de M. Cruveilhier (article cité), et de bien d'autres anatomopathologistes de la plus haute autorité, que je n'exclus pas absolument l'induration; que je la considère, au contraire, comme l'un des effets possibles d'une simple surexcitation de la force plastique (76) dans le travail de la nutrition.

B. Hypertrophie est un mot de date assez récente. En 1807, Marandel ne le prononçait pas encore. D'après l'enseignement oral de Dupuytren, dont il fut un des plus brillans disciples, c'est sous le titre d'*irritations nutritives* qu'il désignait les hypertrophies.

C. Quant à l'étymologie du mot, la voici : — Ὑπέρ, préposition dont j'ai déjà eu occasion de signaler la valeur (114. C.), — et Τροφή, substantif qui veut dire nourriture. C'est donc de la façon la plus naturelle, et suivant la régularité philologique la plus stricte, que le terme d'hypertrophie a été créé pour signifier l'excès de nutrition. Et il est sans

doute inutile de remarquer que, comme tant d'autres termes qui, même dans le style scientifique le plus rigoureux, indiquent tour à tour, et selon le besoin de la pensée, tantôt la nature en action, tantôt le résultat final de cette action, de même l'hypertrophie peut s'entendre dans les deux sens que voici : 1° littéralement, c'est l'accroissement pathologique en train de s'accomplir; 2° par métonymie, c'est le fait accompli, en un mot, l'état où en est la partie hypertrophiée.

D. Dire que l'hypertrophie est un vice de nutrition, c'est dire implicitement que tous les tissus, tous les organes peuvent en être affectés, puisque la nutrition est une fonction qui leur est commune à tous. Inutile d'ajouter que l'importance pathologique de l'hypertrophie est plus ou moins considérable, qu'elle offre de grandes, d'extrêmes différences en raison même de l'importance physiologique de la partie où cette affection a son siége. Là, par exemple, l'hypertrophie n'est rien qu'une sorte de variété anatomique de tout point insignifiante : ici, elle ne mérite encore intérêt qu'à simple titre de difformité (25); ailleurs, enfin, elle est un grave péril, un trait mortel. Entre autres parties du corps qui ont, s'il est permis d'ainsi dire, le privilége des hypertrophies vraiment dignes de fixer l'attention du médecin, citons notamment le tissu cellulaire, le tissu adipeux, la peau, les membranes muqueuses, les os, le cœur, l'utérus, la glande thyroïde, la prostate, etc., etc. Le tissu cellulaire sous-cutané, en effet, nous présente l'éléphantiasis des Arabes (voir plus bas, art. II.) ; le tissu adipeux a son hypertrophie universelle, qui est l'obésité (voir plus bas, art. III), et ses hypertrophies locales, entre lesquelles se font surtout remarquer les lipômes, déjà étudiés en *Pathologie chirurgicale* (t. Ier, chap. XII, art. Ier). La peau, indépendamment de ce qu'elle participe à l'éléphantiasis des Arabes, a encore ses verrues, déjà étudiées aussi en *Path. chir.* (t. Ier, chap. XI, art. IV), — les exanthèmes de formes papuleuse, ou végétante (45. D. ε.), — et, enfin, les hypertrophies épidermiques, ainsi peut-on encore, à très bon droit, ce me semble, dénommer sous un point de vue général les durillons, les cors, et les productions cornées proprement dites (les seules de cette tribu de nosographie naturelle qui ont été étudiées dans le premier volume de mon collaborateur, chap. XI, art. V). Les membranes muqueuses ont leurs végétations, leur polypes. Les os ont leurs exostoses. L'hypertrophie du cœur est une affection qui, tant par sa fréquence que par sa gravité, mérite dans le plus haut degré l'intérêt des praticiens. L'utérus doit être ici signalé, non seulement parce que, dans l'ordre physiologique, dans l'état de grossesse, il nous présente un des types les meilleurs et les plus purs de l'hypertrophie, mais aussi parce que, dans l'ordre pathologique, les hypertrophies du col utérin sont un cas extrêmement commun, et qui, par malheur, est trop sou-

vent pour les femmes une source d'inquiétudes et de craintes, cent fois pires que le mal même. Une difformité des plus frappantes et dont personne, même dans le vulgaire, n'ignore l'existence, c'est l'hypertrophie de la glande thyroïde, en un mot, le goître (Bronchocèle, de divers auteurs. — Thyrophraxie, d'Alibert, famille VIII, *Adénoses*, genre V, en deux espèces, esp. 1, *Thyrophraxie simple*, — esp. 2, *Thyrophraxie composée*, c'est-à-dire, goître avec concrétions calcaires, avec altérations du tissu cellulaire ambiant, etc.). L'hypertrophie de la prostate, de cet organe si peu important par lui-même, si peu essentiel à la vie, devient, une fois arrivée à certain degré, un mal terrible, une cause de mort, par suite de l'obstacle insurmontable qu'elle peut opposer à la miction. Je m'arrête. En voilà, certes, assez pour faire apercevoir combien d'attrait et d'utilité se rattache à l'étude de la famille nosographique dont je ne fais ici qu'esquisser un portrait sommaire.

E. De tout ce qui précède, il résulte clairement que, sous un certain point de vue, on doit distinguer deux sortes d'hypertrophies, savoir : des hypertrophies physiologiques et des hypertrophies pathologiques. Et, dans la première catégorie, nous ne compterons pas seulement celles qui sont essentiellement et constamment physiologiques, telles que l'hypertrophie utérine par grossesse, — l'hypertrophie des muscles du bras chez les boulangers, ou de ceux de la jambe chez les danseurs, — l'hypertrophie universelle du système musculaire, laquelle constitue, comme on sait, le tempérament athlétique (80. C. ζ.), etc., etc. Mais, de plus, les hypertrophies les plus propres à constituer de véritables maladies dans toute la force du terme, — comme l'hypertrophie du cœur, par exemple, — ont une phase initiale, et, pour ainsi dire, prodromique, où elles n'amènent encore rien d'incompatible avec les apparences et les allures de l'état de santé. Ainsi, pour en revenir à l'exemple choisi, l'hypertrophie du cœur, lorsqu'elle commence, et tant qu'elle se maintient dans un degré médiocre, ne produit que peu ou point de malaise dans la circulation et la respiration ; si, alors même, elle a déjà une importance actuelle, c'est, à ce qu'il me semble, moins comme étant une maladie par elle-même que comme jouant le rôle de cause prédisposante pour la production de l'hyperémie encéphalique (188. D.), ou de l'hémorragie intra-encéphalique (256. B.).

F. Quant aux symptômes par lesquels les hypertrophies pathologiques se caractérisent, ils comprennent les trois catégories de phénomènes que voici : 1° changement de volume et de forme, et autres changemens physiques dans la région à laquelle appartient la partie hypertrophiée ; 2° trouble des fonctions à l'accomplissement desquelles cette partie sert et contribue ; 3° symptômes dus à la gêne et à la compression des organes qui avoisinent cette même partie. Exemples de la

première catégorie : la hideuse saillie du cou en cas de goître ; la voussure de la paroi précordiale dans l'hypertrophie du cœur ; la matité se montrant là dans une plus grande étendue et dans un degré plus marqué que de coutume, encore par l'effet de cette même hypertrophie ; l'exagération, au contraire, de la sonorité tympanique dans la région de l'estomac, au cas où une hypertrophie des parois du pylore en est venue à produire le rétrécissement excessif de cet orifice, par suite de quoi le viscère,— se laissant journellement distendre outre mesure par les alimens et les boissons avant de les faire passer par là, ou de s'en débarrasser par le vomissement,— a fini par acquérir une amplitude énorme, maintenue, dans ce qu'on appelle l'état de vacuité, par la présence des gaz, etc., etc., etc. Exemples de la seconde catégorie : dans l'hypertrophie du cœur, palpitations et dyspnée ; dans l'hypertrophie péripylorique, dyspepsie, et, à un degré avancé, rejet opiniâtre, par le vomissement, de tous les alimens, et même des boissons. Exemples de la troisième catégorie : dysurie, strangurie, ischurie, par hypertrophie de la prostate ; dyspnée, et, parfois même, dyspnée suffocante, par suite de la compression qu'un goître volumineux peut exercer sur la trachée-artère.

G. Jamais un simple travail d'hypertrophie, sans inflammation, ne peut par lui-même éveiller et entretenir la fièvre. C'est là un contraste remarquable en regard de l'inflammation, qui, même située dans le siége le plus insignifiant, met souvent en action, et dans le plus haut degré d'activité, la sympathie pyrétogénétique. L'hypertrophie n'entraîne une perturbation générale de l'économie qu'autant que, par son siége, et par l'excès de développement où elle est parvenue, elle empêche l'accomplissement régulier et convenable de quelqu'une des fonctions les plus essentielles à la vie. Ainsi en est-il, par exemple, de l'hypertrophie prostatique, lorsqu'elle vient à produire la rétention d'urine, et, par suite, le catarrhe de vessie, la pyélite (528. B), la néphrite (667. E), etc. Ainsi en est-il, encore, de l'hypertrophie péripylorique, lorsqu'elle ne permet qu'à peine, ou même pas du tout, le passage du chyme, et qu'elle devient ainsi une cause de mort par inanition.

H. Ce n'est qu'avec une certaine lenteur qu'une partie du corps peut s'hypertrophier dans un degré tant soit peu notable. Ce n'est, non plus, qu'avec une certaine lenteur que l'hypertrophie peut rétrograder, se résoudre entièrement, et rentrer dans les justes bornes de l'état normal. C'est dire que les maladies par hypertrophie ont toutes une marche chronique, quelle qu'en soit d'ailleurs la terminaison, — événement heureux ou funeste, — retour à l'état normal, ou bien dénoûment mortel.

I. L'anatomie pathologique nous apprend, et je crois à propos de le faire remarquer, que les artères qui se rendent aux organes hypertrophiés, et les veines qui en sortent, se trouvent aussi avoir acquis un calibre plus gros qu'à l'ordinaire, un calibre en quelque sorte proportionnel aux dimensions de l'hypertrophie donnée.

J. De notre définition même (A.), il résulte que, sous le rapport des qualités de texture que présente la partie hypertrophiée, il y a deux sortes d'hypertrophie à distinguer : 1° hypertrophie pure et simple, sans altération de texture ; 2° hypertrophie avec induration. Je sais fort bien que, dans bon nombre de cas, cette dernière sorte d'hypertrophie se montre évidemment liée à un travail inflammatoire (281. E.) ; mais, en est-il réellement ainsi pour tous les cas sans exception? Est-on en droit de professer résolument et sans réserve qu'en semblable circonstance il y a toujours là quelque chose d'inflammatoire, ou de subinflammatoire pour le moins? Les hypertrophies avec induration ne sont-elles rien qu'un mode d'inflammation chronique? C'est là une question que, pour mon compte, je ne voudrais trancher ni par l'affirmative ni par la négative. Au surplus, si, en théorie et sous un point de vue général, il est encore permis de poser comme deux choses distinctes, d'une part, l'induration inflammatoire, et, d'autre part, l'induration hypertrophique, toujours est-il que, dans les applications particulières, il faut l'avouer, la distinction est extrêmement difficile, j'allais dire, presque impossible. Et, par exemple, si tant est que l'hypertrophie du foie, de la rate, du col utérin, etc., soient autant de maladies qui puissent exister à part et indépendamment d'une hépatite, d'une splénite, d'une métrite parenchymateuse, etc., il n'en est pas moins vrai qu'en fait de symptomatologie et de thérapeutique, les deux points qui constituent essentiellement la pratique médicale, je n'aurais rien à dire relativement à ces hypertrophies-là que je n'aie déjà dit dans les articles consacrés aux inflammations ici en question : aussi bien dois-je avertir les lecteurs qu'en présence de celles-là, il n'aura guère besoin que de se bien rappeler l'histoire de celles-ci. Quant à indiquer le meilleur type de l'hypertrophie pure et simple, nous devons entre toutes préférer les hypertrophies musculaires, et notamment l'hypertrophie utérine par grossesse, ou bien l'hypertrophie du cœur.

K. Les hypertrophies forment en nosographie organique une famille naturelle qui n'est elle-même, pour ainsi dire, rien qu'une branche de la grande famille des vices de nutrition ; car, ainsi que toute fonction de l'économie vivante, la nutrition peut non seulement pécher par excès, mais aussi par défaut, ce qui se nomme l'*atrophie*, mais aussi par perversion (46.), ce qui se nomme l'*hétérotrophie*. En d'autres termes, non seulement nos organes sont sujets à l'hypertro-

phie, mais parfois aussi, ils peuvent s'atrophier ; mais, de plus, ils peuvent perdre leur texture normale, c'est-à-dire de deux choses l'une, se transformer en un nouveau tissu, mais qui soit encore l'un des tissus naturels de l'organisation animale (*hétérotrophies homologues*), ou bien, au contraire, dégénérer en quelque chose d'essentiellement étranger à l'ordre naturel, absolument inconnu à l'histologie physiologique (*hétérotrophies hétérologues*). Voilà donc tout ce qu'on pourrait fort naturellement grouper et envisager dans un seul et même cadre. Voilà, pour emprunter un terme déjà proposé par M. Gendrin (*Tr. de méd. prat.*, p. 19), tout ce qu'on pourrait embrasser sous la généralité du titre que voici : *Anomalotrophie*. Quant à nous, après avoir examiné à part, dans ce chapitre-ci, les hypertrophies, nous devons, conformément au plan que nous nous sommes tracé (151), examiner les atrophies dans le chapitre suivant (chap. VI) ; puis, dans les chapitres VIII et IX, considérer les tuberculisations et les cancers, qui sont assurément les deux types les plus importans de l'hétérotrophie hétérologue ; et, enfin, dans le chapitre XIII et dernier, — chapitre ouvert, comme on sait, sous le titre fort large et fort élastique de *Vices organiques divers*, à tout ce qu'il me restera de maladies à esquisser en fait de nosographie organique, — force nous sera bien de jeter un coup d'œil sur celles des hétérotrophies homologues qui peuvent constituer des maladies médicales d'une certaine importance, telles sont, par exemple, les ossifications des valvules du cœur.

691. *Etiologie.* — Les causes qu'on a le plus généralement à accuser comme ayant activement contribué au développement de l'hypertrophie, sont les causes personnelles (77. A.) que voici :

A. *Efforts excessifs et habituels de la fonction physiologique d'un organe* : de là, par exemple, l'hypertrophie vraiment difforme des muscles du bras, et surtout de l'avant-bras, chez certains bateleurs qui se sont rendus capables de se tenir et de marcher longtemps sur leurs mains, la tête en bas et les jambes en l'air ; de là, aussi, sans aucun doute, l'hypertrophie du cœur, lorsque ce viscère devient en proie à des palpitations répétées, même sous la simple influence d'une peine morale et d'un désordre purement nerveux, et, à plus forte raison, lorsqu'il doit lutter contre des vices anatomiques qui font obstacle à l'accomplissement régulier de la circulation ; etc., etc., etc.

B. *Hyperémies fréquemment répétées, ou longtemps prolongées* : ont aussi l'hypertrophie au nombre de leurs effets et de leurs terminaisons, comme je l'avais déjà annoncé plus haut (178. D. ε.). Ainsi, par exemple, la fréquence des hyperémies utérines (201), soit contenues encore dans les limites de l'ordre physiologique, soit devenues décidément morbides, explique-t-elle fort bien celle des hypertrophies du col

utérin. Et, sans nul doute, n'est-il pas très rationnel d'attribuer aussi à l'augmentation de l'afflux sanguin les propriétés hypertrophiques de l'excès d'activité fonctionnelle ?

C. *Inflammations :* sont singulièrement propres, comme on l'a bien vu, à produire dans nos organes l'hypertrophie avec induration.

692. *Thérapeutique.* — A. Réduire à une inaction absolue l'organe hypertrophié, ou du moins en maintenir l'activité fonctionnelle dans une mesure très modérée : soit par le moyen d'un repos purement hygiénique, soit à l'aide de certains médicamens, comme, par exemple, la digitale, qui est par excellence le sédatif du cœur (132. G. ν.).

B. Médication débilitante (135-6.). C'est là, à l'égard de l'hypertrophie du cœur en particulier, ce que l'on nomme la méthode de Valsalva. Mais, en maigrissant, en épuisant l'économie tout entière, a-t-on bien le droit, en vérité, de compter que l'organe hypertrophié sera spécialement atteint et modifié par une telle médication ?

C. Saignées locales : — mais en ayant bien soin de choisir le lieu que l'anatomie et la physiologie nous enseignent comme étant celui par où l'on a le plus de prise pour influencer la circulation capillaire de l'organe hypertrophié.

D. Emploi de certains médicamens que l'expérience indique comme propres à exercer une influence atrophique, soit sur toute l'économie, soit, plus spécifiquement, sur tel ou tel organe. Ainsi en est-il, par exemple, de l'iode, dont il est surtout impossible de contester la vertu atrophique par rapport à la glande thyroïde et aux mamelles.

693. *Quelles hypertrophies seront spécialement étudiées dans ce chapitre-ci, à titre de genres nosographiques.* — Après avoir présenté et recommandé à la méditation de nos studieux lecteurs les principes généraux qui précèdent, je ne juge à propos, ici, d'étudier séparément que les quatre genres suivans, savoir : 1° l'éléphantiasis des Arabes ; 2° l'obésité ; 3° l'hypertrophie papulo-prurigineuse de la peau ; 4° l'hypertrophie du cœur, ou hypertrophie cardiaque ; car, les autres hypertrophies — ou ressortissent à la *Pathologie chirurgicale*, comme le goître, l'exostose, etc., — ou bien restent à peu près confondues avec des maladies déjà étudiées, comme l'hypertrophie du col utérin avec l'engorgement inflammatoire de cette partie, etc., — ou bien, enfin, n'ont que peu ou point d'importance pathologique et peuvent être négligées sans inconvénient.

ARTICLE II.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

(Ἐλεφαντίασις, voir ci-après, n° 696.)

694. *Bibliographie.* — AVICENNE. — Lib. III, fen XXII, tractatus 1, cap. 16-8.

PROSPER ALPIN. — (*De medicinâ Ægyptiorum*) Lib. I, c. 14.

KOEMPFER. — (*Amœnitatum exoticarum politico-physico-medicarum fasciculi* V. Lemgo en Westphalie (ville natale de l'auteur), 1712, in-4°. — Fascicul. III, observ. VII, *Andrùm, sive hydrocele (scroti tumor) morbus regioni malabaricæ endemius et communis;* — obs. VIII, *Pericàl*, i. e. *Hypersarcosis ulcerosa pedum, sive* Pædarthrocace, *morbus Malabaris vernaculus.*

HILLARY. *Observations on the changes of the air and the concomitant epidemical diseases in the island of Barbadoes.* Londres, 1759, in-8°.

HENDY. *A treatise on the glandular disease of Barbadoes.* Londres, 1784, in-8°. Traduction par M. Alard, — dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. IV, p. 44.

ALARD. *De l'inflammation des vaisseaux absorbans-lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés, maladie désignée dans les auteurs sous les différens noms d'*Eléphantiasis des Arabes, *d'*Œdème dur, *de* Hernie charnue, *de* Maladie glandulaire de Barbade. Avec fig. IIme édition, Paris, 1824, in-8°. — La 1re édition, beaucoup moins complète, avait paru en 1806, sous le titre : *Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique.*

GAIDE. *Observations sur l'éléphantiasis des Arabes :* recueillies sous les yeux de M. Rayer (Dans les *Archives*, août 1828).

RAYER. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, — t. VII, p. 33-52.) — Article *Éléphantiasis des Arabes.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 168-79.) — Art. *Éléphantiasis des Arabes.*

695. *Définition descriptive.* — Sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes*, les praticiens et les auteurs conviennent généralement aujourd'hui de désigner, et de poser comme un genre de maladie complétement à part, certaines intumescences dures, volumineuses, plus ou moins difformes, de configuration parfois bizarre et bosselée, qui s'établissent dans une partie du corps, notamment aux jambes, par le fait d'un développement hypertrophique du tissu cellulaire et, parfois aussi, de la peau elle-même.

696. *Etymologie.* — Ce que les médecins grecs nommaient Ἐλέφας, Ἐλεφαντίασις, Ἐλεφαντιασμός, ce n'était pas l'éléphantiasis ici en question; c'était une maladie bien plus terrible, une maladie lépreuse essentiellement générale et dans laquelle les altérations de la peau, quoique déjà fort horribles en elle-même, étaient loin de constituer l'élément principal, mais n'étaient rien que le signe extérieur d'un désordre universel et profond, d'une véritable cachexie dans toute la force du terme. Quoi qu'il en soit, c'était en raison même des altérations cutanées que la maladie avait reçu son nom; c'était, comme Arétée, entre autres, nous l'explique avec les détails les plus pittoresques (IIme traité, livr. II, c. 13), parce que la peau humaine, dans cette maladie, devenait semblable à celle de l'éléphant (en grec Ελέφας, gén. Ἐλέφαντος). Mais, outre cet *éléphantiasis des Grecs*, maladie que, d'après notre plan (149. C.), nous nous réservons d'étudier dans la IIIme section de la pathologie spéciale, les Arabes, ou bien, — qui sait? — peut-être seulement leurs traducteurs ont signalé sous le même nom les hideuses hypertrophies du membre abdominal, qui sont, à ce qu'il paraît, un mal beaucoup plus commun dans les contrées du Levant qu'en Europe. De là, dans le vocabulaire de la médecine moderne, l'éléphantiasis des Arabes, affection toute locale, à ce qu'il me semble du moins, dans sa véritable essence, et qui, enfin, quoiqu'au premier abord la communauté du nom puisse faire penser le contraire, n'a réellement aucune sorte d'affinité générique avec l'éléphantiasis des Grecs. Au surplus, toutefois, l'étymologie ne laisse pas que de se prêter merveilleusement encore à la nouvelle acception du mot; car, lorsque les saillies et les dépressions formées, dans l'état naturel du membre abdominal, par les os, les muscles et les tendons, viennent à disparaître presque complétement sous l'énorme hypertrophie du tissu cellulaire et de la peau, lorsque, en un mot, la jambe et la cuisse, confondues pour ainsi dire, ne font plus qu'une colonne lourde et informe, n'a-t-on pas là devant les yeux ce qu'il est permis de nommer, sans métaphore choquante et forcée, une jambe d'éléphant?

697. *Synonymie.* — Angioleucite chronique : ainsi disent quelques uns de nos contemporains, suivant une manière de voir qui ne laisse pas d'être jusqu'à un certain point fondée et plausible. — Éléphantiasis tubéreux, d'Alibert (*Dermatoses lépreuses*, genr. III, esp. B.) : pour le cas où le mal occupe tout ou partie du membre inférieur. Éléphantiasis scrotal, du même auteur (*ibid.*, esp. C.) : pour le cas où le mal occupe le scrotum. Et voilà ce qu'Alibert, par une confusion des plus vicieuses, des plus irrationnelles, des plus inconcevables, pose à côté de l'éléphantiasis des Grecs (Éléphantiasis vulgaire, dit-il, genre cité, esp. A.), comme si c'étaient là trois espèces naturellement congénères. —

Mal des Barbades, Jambe des Barbades : depuis que l'île de ce nom (l'une des petites Antilles) a été signalée par les médecins anglais Hillary et Hendy pour avoir offert à leur observation l'éléphantiasis des Arabes comme maladie endémique. — Perical de la côte de Malabar, de l'île de Ceylan et du Japon : car l'affection, que, sous ce nom barbare, Kœmpfer a décrite comme une endémie propre aux contrées susdites, n'est pas autre chose qu'une intumescence éléphantiaque du membre abdominal. — Hernie charnue, de Prosper Alpin ; Sarcocèle d'Egypte, de Larrey; Andrum du Malabar et autres contrées de l'Asie orientale, encore suivant le témoignage de Kœmpfer : voilà autant de dénominations qui s'appliquent à l'éléphantiasis scrotal.

698. *Siéges divers de l'éléphantiasis des Arabes.* — L'éléphantiasis des Arabes a, s'il est permis de parler ainsi, une sorte de prédilection pour le membre abdominal : c'est là qu'il se montre plus fréquemment, sans comparaison, que partout ailleurs. Après les membres abdominaux, le scrotum doit être accusé en seconde ligne comme une partie remarquablement sujette, surtout en Égypte et dans toute l'Asie méridionale, à présenter des dimensions énormes par l'effet d'une hypertrophie éléphantiaque. Mais, en outre, l'éléphantiasis des Arabes peut avoir quelquefois pour siége le pénis, les grandes lèvres, les mamelles, les membres supérieurs, les parois de l'abdomen, la face, et, en un mot, presque toutes les parties du corps. Mon collaborateur, M. Nélaton, se réserve de présenter en temps et lieu, dans le cours de la *Pathologie chirurgicale*, quelques considérations particulières qui concernent l'éléphantiasis des Arabes spécialement envisagé en certaines parties; par exemple, l'éléphantiasis du scrotum, celui des grandes lèvres, etc. Quant à moi, c'est d'un point de vue général et, tout au plus, en insistant parfois sur l'espèce la plus commune du genre, sur l'éléphantiasis du membre inférieur, à titre d'exemple ou plutôt d'archétype, que je m'en vais continuer l'esquisse du sujet en question.

699. *Symptomatologie.* — A. Que, dans bien des cas, — dans la plupart des cas, même, si l'on veut, — l'éléphantiasis des Arabes survienne, se développe, et aille grossissant de plus en plus par l'effet d'attaques successives, et chaque fois bien manifestes, bien caractérisées, d'angioleucite; qu'il y ait, en pareille occurrence, une douleur plus ou moins vive le long du trajet des vaisseaux lymphatiques, avec apparition d'une sorte de corde dure, tendue, noueuse, avec tuméfaction inflammatoire, souvent très volumineuse, des ganglions auxquels cette corde aboutit ou correspond, et, le plus ordinairement aussi, avec réaction fébrile et symptômes généraux; que, chaque fois, on voie alors apparaître et croître une intumescence qui persiste après la cessation des phénomènes inflammatoires, et qui, d'abord purement œdémateuse et

molle, finit par s'endurcir au point de résister à l'impression du doigt; et que, de cette façon, au bout d'un temps plus ou moins long, au bout de quelques mois, par exemple, ou bien de plusieurs années, la partie affectée vienne à acquérir une grosseur énorme, à subir des déformations quelquefois monstrueuses : c'est là un fait constant, c'est là un point incontestablement acquis à la science. Mais ce qui ne paraît pas moins certain, c'est qu'il n'en est pas de même dans tous les cas. Il se peut fort bien, on ne saurait le nier, que l'éléphantiasis des Arabes s'établisse sans aucun symptôme d'angioleucite, et même sans apparence d'une inflammation quelconque; il se peut qu'il naisse et s'accroisse progressivement sous forme d'empâtement indolent qui se durcit avec le temps. Ainsi, du moins, l'affirment quelques observateurs bien dignes de foi.

B. Quoi qu'il en soit, de quelque façon que survienne l'éléphantiasis des Arabes, toujours est-il que son nom ne lui est véritablement acquis que lorsque la partie affectée en est venue à présenter une difformité notable. Tantôt, par exemple, c'est une intumescence monstrueuse de toute la jambe, qui ne conserve plus rien de sa configuration naturelle, et n'est plus qu'une masse lourde et informe, laissant quelquefois retomber sa hideuse exubérance sur le pied, recouvert en partie, et comme enfoncé là-dessous. Tantôt l'éléphantiasis est disposé, pour ainsi dire, par étages : c'est à savoir, qu'il consiste en gonflemens espacés, qui laissent entre eux des sillons plus ou moins profonds, et, le plus ordinairement, diffèrent eux-mêmes beaucoup les uns des autres en volume et en configuration, ce qui donne au membre affecté l'aspect le plus horriblement étrange, le plus parfaitement méconnaissable.

C. L'éléphantiasis des Arabes n'est pas seulement une difformité, et rien de plus; mais par son poids, par son volume, par la compression qu'il exerce sur les vaisseaux, les nerfs ou d'autres organes, il peut assurément apporter une entrave plus ou moins considérable à l'accomplissement régulier de certaines fonctions; il peut constituer, tantôt une maladie véritable dans toute la force du terme, tantôt une infirmité (26).

D. La peau, qui parfois, il est vrai, est elle-même par l'un quelconque de ses divers modes d'inflammation, le point de départ de l'éléphantiasis des Arabes, mais, après tout, ne l'est pas le plus ordinairement, peut, dans ce dernier cas, se comporter de différentes manières. Ainsi, 1° elle peut rester intacte, à cela près qu'elle sera tendue et rénitente, ou bien, encore, qu'elle offrira une teinte bleuâtre, avec des lignes et des taches d'un bleu foncé, par suite de l'état variqueux du système veineux sous-cutané; 2° elle peut finir par s'enflammer deutéropathi-

quement ; elle devient, par exemple, le siége d'un érythème ou d'un eczéma, se recouvre de squames ou de croûtes, s'excorie, se creuse de fissures, de crevasses, ou même de larges ulcérations.

E. L'éléphantiasis des Arabes, après avoir mis quelquefois un grand nombre d'années pour arriver à son plus haut degré, peut ensuite demeurer stationnaire tout le reste de la vie. D'autres fois, au contraire, il ne cesse de faire des progrès jusqu'à la mort, d'envahir de proche en proche de nouvelles parties de tissu cellulaire, et d'augmenter encore la tuméfaction des parties déjà hypertrophiées. Est-il susceptible de résolution ? Rarement, répondrons-nous, très rarement, pour ne pas dire jamais.

F. Après l'amputation de la partie affectée, plusieurs observateurs affirment avoir vu l'éléphantiasis se reproduire sur quelque autre partie du corps. Cette récidive est-elle un pur et simple hasard, ou bien est-ce la révélation de quelque diathèse mystérieuse ? J'avouerai que je penche pour la première idée.

700. *Anatomie pathologique.* — A l'autopsie, que découvre-t-on ? L'état d'hypertrophie et d'induration du tissu cellulaire, soit seulement du tissu cellulaire sous-cutané, soit parfois de celui qui existe dans la profondeur du membre et entre les muscles ; voilà le vice principal, essentiel, et que l'on rencontre infailliblement. C'est un point incontestablement acquis à la science depuis les recherches de Hillary, de Hendy et de M. Alard. Souvent il existe encore de l'infiltration au sein de cette masse de consistance fongueuse ou lardacée en laquelle le tissu cellulaire se trouve converti. Il n'est pas rare que l'induration atteigne ou touche de fort près à l'état fibro-cartilagineux. Dans l'immense majorité des cas, la peau qui revêt la tumeur éléphantiaque est elle-même hypertrophiée, et considérablement épaissie. Suivant Hillary (page 366), les artères et les veines naturellement destinées à la nutrition de la partie occupée par l'éléphantiasis, présentent un calibre plus grand qu'à l'état normal : ce qui rentrerait parfaitement dans l'une des lois générales que nous avons formulées et reconnues concernant les hypertrophies (voyez la proposition 690. I.) Mais d'un autre côté, certains observateurs, et, entre autres, M. Gaide, ont signalé l'oblitération des veines comme l'un des vices anatomiques qui peuvent accompagner l'éléphantiasis des Arabes, et qui ont peut-être avec cette affection un rapport de cause à effet. Les ganglions lymphatiques du membre affecté se montrent très souvent altérés ; ils sont tuméfiés, indurés ou ramollis, quelquefois infiltrés de pus. Quant aux vaisseaux lymphatiques, force est bien de reconnaître que leurs altérations, en semblable circonstance, sont généralement des plus insignifiantes, ou du moins des plus difficiles à constater. Les muscles, au

sein d'un éléphantiasis des Arabes, sont ordinairement décolorés, atrophiés, ou bien transformés par hétérotrophie, — dégénérés, par exemple, en une masse graisseuse ou en une sorte de corde fibreuse. Quelquefois, mais rarement, ils sont ossifiés, comme M. Cruveilhier dit en avoir vu un exemple (dans son *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. II, page 73). Les os eux-mêmes peuvent aussi se montrer quelquefois atteints et altérés par suite de l'hypertrophie éléphantiaque : ainsi, par exemple, Bichat, dans son *Anatomie générale* (Système fibreux, art. V, § III. — *Organisation du périoste*) nous apprend qu'il a vu, sur une jambe affectée d'éléphantiasis, le tibia présentant dans son tissu compacte un gonflement et une épaisseur remarquable avec épaississement aussi du périoste, qui était devenu si peu adhérent que le plus léger effort l'enlevait dans toute son étendue, et dont les fibres étaient si prononcées qu'une fois isolé on l'aurait pris pour une portion de l'aponévrose plantaire ou palmaire. Quant aux altérations viscérales, chez les sujets qui succombent avec un éléphantiasis des Arabes, il ne paraît pas du tout qu'il y en ait aucune qui soit liée nécessairement, et par quelque rapport étroit de pathogénie, à l'existence de cet éléphantiasis.

701. *Un mot sur la nature de l'hypertrophie éléphantiaque.* — Tout bien considéré, et lorsqu'on se dit que ce n'est point là une hypertrophie pure et simple, mais une hypertrophie avec induration ; que fort souvent, sinon toujours, le développement de cette hypertrophie s'accompagne des symptômes d'une angioleucite ou d'une phlébite bien caractérisée, ou tout au moins d'un certain degré de douleur et de chaleur morbide dans le tissu cellulaire sous-cutané ; et, enfin, que dans bien des cas, une inflammation quelconque de la peau sert de point de départ à tout le mal : tout cela bien considéré, encore un coup, il y a lieu de conclure que l'éléphantiasis des Arabes est le résultat d'un travail inflammatoire, très souvent, il est vrai, insidieux, peu prononcé, lent, latent en quelque sorte, et, en un mot, sub-inflammatoire, comme on dit. Mais est-ce toujours et essentiellement, comme le veut M. Alard, une inflammation des vaisseaux lymphatiques, une angioleucite ? Cette thèse n'est pas celle que je me sens, pour mon compte, disposé à épouser et à défendre. Tout me porte à croire que ce qu'il faut accuser là comme l'essence du mal, c'est tout simplement l'inflammation chronique du tissu cellulaire. Là, encore une fois, est le phlegmon chronique, maladie qui n'a jusqu'ici eu sa place, que je sache, dans aucune nosographie. Et c'est seulement pour me conformer aux habitudes nosographiques généralement adoptées, — pour m'y soumettre, suivant ma profession de foi (67. A.), dans un livre élémentaire comme le nôtre, — que j'ai posé et décrit ici l'éléphan-

tiasis des Arabes, comme un genre de maladie véritablement à part.

702. *Etiologie.* — Dans cette partie fort obscure du sujet en question, voici le peu qu'il y a de positif et d'important à dire. Et d'abord, un fait certain de géographie médicale, c'est que l'éléphantiasis des Arabes se montre particulièrement à titre de maladie endémique et avec les formes les plus monstrueuses dans les climats chauds ou très chauds (79. A. ϐ) : notamment dans l'île de la Barbade, suivant les excellentes observations de Hillary et de Hendy ; dans l'île de Ceylan, sur la côte de Malabar et au Japon, suivant le témoignage de Kœmpfer. En Egypte, la présence d'une semblable endémie, accusée par Prosper Alpin, a été de nouveau attestée par Larrey, dans sa *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient* (Paris, 1804, in-8°) ; et, de nos jours encore, par notre célèbre compatriote Clot-Bey, dans un mémoire adressé sur ce sujet à l'Académie de médecine de Paris. A l'inverse de l'éléphantiasis des Grecs, notons-le bien encore, l'éléphantiasis des Arabes ne paraît pas être un mal héréditaire. Assurément il n'est pas contagieux. Je l'ai déjà dit, et je le répète, les inflammations cutanées, comme, par exemple, un eczéma rouge (357. B. ϐ.) ou impétigineux (357. B. γ.), un impétigo, un lichen-agrius, etc., sont une condition personnelle des plus propres à entraîner le développement deutéropathique de l'éléphantiasis des Arabes. Au même titre, encore, nous devons accuser et l'angioleucite et la phlébite, qui, comme on sait, mènent si souvent à leur suite un œdème douloureux, une sorte de phlegmon sub-aigu, en un mot, ce qu'on nomme *Phlegmatia alba dolens* chez les nouvelles accouchées. Pour ce qui est des circonstances extérieures qu'on pourrait signaler comme causes occasionnelles du travail pathologique par où l'éléphantiasis prend naissance, les brusques refroidissemens du corps ont là, selon toute apparence et toute probabilité, la part la plus active et la plus forte, même dans les pays où l'éléphantiasis est endémique : c'est là la cause sur laquelle Hendy et M. Alard ont particulièrement appelé l'attention, et voilà pourquoi, par exemple, les nègres des Antilles, pauvres esclaves, misérables travailleurs, plus exposés que les blancs à cette malfaisante influence, sont aussi, hors de toute comparaison, plus fréquemment atteints d'éléphantiasis.

703. *Quelques mots de séméiotique.* — Une fois que l'éléphantiasis des Arabes existe décidément et véritablement tel que nous l'avons défini, il n'est guère possible de le confondre, sur le vivant même et sans demander à l'autopsie cadavérique le dernier mot, ni avec un œdème douloureux, ni avec un lipôme, ni avec l'éléphantiasis des Grecs, ni avec toute autre affection. Mais, pour ce qui est d'en prévoir et d'en prédire le développement à la suite d'un travail inflammatoire ou sub-inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané, des vaisseaux lymphatiques

ou des veines, cette prodiagnose (107) ne saurait jamais être posée d'une façon certaine et sous forme d'affirmation, et n'a tout au plus quelque probabilité que dans les pays où l'éléphantiasis est endémique ; car l'angioleucite, la phlébite et le phlegmon sub-aigu peuvent très bien avoir des résultats autres que celui-là. Quant au pronostic à porter dès l'instant où le développement de l'éléphantiasis est un fait bien et dûment reconnu chez un sujet donné, il est assurément fâcheux et triste, puisque, dans la règle, et à peu près sans exception, ce mal doit s'accroître sans cesse, ou bien rester irrémédiable, et, pour ainsi dire, inamovible.

704. *Thérapeutique.*—Il est beaucoup moins difficile, sans nul doute, de prévenir l'éléphantiasis des Arabes, d'en combattre heureusement les symptômes prodromiques, et de le faire avorter en germe, que de le vaincre et de le détruire une fois né et grandi. Pour le succès de la première tâche, pour l'accomplissement de ce qu'on pourrait appeler ici l'indication prophylactique, que faut-il? Il faut une habile intervention de la médication antiphlogistique, saignées générales et locales, etc. (290. C.), avec toute l'énergie que le cas donné permet et indique au tact d'un praticien exercé. Pour la seconde tâche, pour la cure de l'éléphantiasis une fois confirmé, qu'a-t-on conseillé, qu'a-t-on préconisé? Rien, jusqu'à présent, qui ait montré une véritable efficacité : aucun remède sûr et réellement digne de confiance. Entre tous les divers moyens qui ont été tour à tour proposés et essayés, voici, à mon sens, ce qu'il y a de mieux encore à préférer et à essayer, le cas échéant: un juste repos de la partie affectée, une compression méthodique et maintenue avec une longue persévérance, le massage, les frictions mercurielles, les pommades iodurées, qui, mieux que le mercure, peuvent être impunément appliquées pendant un très long temps, et, enfin, les douches de vapeur. Quelquefois, mais rarement, les saignées locales peuvent encore être de saison. Si, malgré de tels soins, l'éléphantiasis se montre rebelle et ne rétrograde pas, au moins peut-on se flatter d'en entraver les progrès ultérieurs. Quant à enlever l'éléphantiasis par amputation, c'est là une opération que quelques chirurgiens ont pratiquée dans certains cas avec un succès complet sur les membres, sur les grandes lèvres, sur le scrotum, etc. Mais c'est une terrible ressource; l'opéré est mis en péril de mort (car il y a eu des morts produites par de semblables amputations), non pour être arraché à une chance mortelle, mais seulement pour être délivré d'une difformité ou d'une infirmité plus incommode que dangereuse. Est-ce sagesse que d'en agir ainsi? Et que serait-ce donc, s'il était vrai, comme le prétendent certains observateurs, qu'une récidive de ce mal dût avoir lieu sur quelque autre partie du corps?

ARTICLE III.

OBÉSITÉ.

(*Obesitas*, de Columelle. — *Obesus*, de Celse.)

705. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — Dans le traité *Du régime hygiénique* (Περὶ διαίτης ὑγιεινῆς). Ed. Kuhn, t. I, p. 619.

CELSE. — Lib. I, c. I, sect. 11 (Là on lit un résumé élégant et concis des moyens propres à amaigrir les personnes obèses).

GALIEN. — Dans son *Hygiène :* — liv. V (Éd. de Bâle, t. IV, p. 267, lign. 11 et suiv.), Moyens de corriger la maigreur ou l'obésité ; — liv. VI (Éd. citée, *ibid.*, p. 282, lign. 20 et suiv.), Histoire d'un individu obèse, ramené à un embonpoint raisonnable, par suite du régime que Galien lui prescrivit. — Galien avait même écrit un traité spécial *Sur le régime propre à amaigrir* (Περὶ τῆς λεπτυνούσης διαίτης) ; il le cite dans son *Hygiène*, mais ce traité est un de ses ouvrages perdus.

AVICENNE. — Lib. I, fen III, doctrina 4, c. 5, *De macrefaciendo pinguem.*

— Lib. IV, fen VII, tractatus 4, c. 5, *De superfluâ pinguedine ;* — c. 6, *De extenuando.*

SENNERT. — (*Pract. medic.*) lib. V, part. I, c. 4, *De corpulentiâ nimiâ.* — Sennert fait mention d'une femme obèse, fort célèbre en son temps, épouse d'un cordier de Strasbourg, et qui, à l'âge de 38 ans, pesait 480 livres.

PLOUCQUET. — (*Literatura medica*) Art. *Obesitas.* — Entre autres citations, Ploucquet a recueilli quelques cas des plus remarquables par l'énormité du poids que le corps avait acquis : savoir, 1° une petite fille de 20 mois, pesant 70 livres ; 2° un enfant de 3 ans, 82 livres ; 3° une fille de 4 ans, 256 livres ; 4° des hommes, de 427, 509, 584, 590, et même 800 livres.

DUPUYTREN. *Observation sur une obésité, suivie de maladie du cœur et de la mort.* (Dans le *Journ. de Corvisart, Leroux et Boyer.* — t. XII, p. 262—73.) — C'est une femme d'une quarantaine d'années qui fait le sujet de cette observation. Autopsie très détaillée : mensuration des épaisseurs de la couche graisseuse dans les diverses parties du corps.

PERCY et LAURENT. —(Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. XXXVII, p. 1—10). — Article *Obésité.*

BRILLAT-SAVARIN. — (*Physiologie du goût*, 1re éd. Paris, 1825, 2 vol. in-8°. — 4e édition, 1834.) Méditation XXI, *De l'obésité ;* —

Méd. XXII, *Traitement préservatif ou curatif de l'obésité.* — Sous les frivoles apparences d'un badinage spirituel, il y a là des idées vraies et justes, des préceptes sages et utiles; il y a là des anecdotes piquantes, qui, après tout, pour parler le langage de la science, sont des faits, et ont, à ce seul titre, leur valeur. Or, la science doit prendre son bien partout où elle le trouve.

RAIGE-DELORME. — (Dans le *Répertoire*, — t. XXV, p. 555—69.) — Article *Polysarcie.*

706. *Nosologie.* — A. L'obésité est l'hypertrophie générale et excessive du tissu adipeux, de telle sorte que, pour le moins, le corps, ainsi surchargé de graisse, perde ses formes naturelles et son agilité. Si une personne, toute grasse qu'elle soit, n'a encore rien d'informe dans sa corpulence, rien de gêné dans l'exercice de ses fonctions locomotrices ou autres par le fait de son embonpoint, elle n'est que grasse, voilà tout, elle n'est point obèse. Il n'y a obésité que là où se montre un certain degré de difformité et de gêne. Au sens propre, et sauf plaisanterie hyperbolique, parler d'obésité, c'est donc toujours parler d'un état pathologique, si ce n'est même décidément morbide. Inutile de dire combien l'obésité diffère de la corpulence athlétique, qui fait un tempérament à part (80. C. ζ.), mais jamais une maladie; qui n'a rien d'incompatible, tant s'en faut, ni avec la santé la plus florissante, la plus intacte, ni avec la pureté la plus académique de formes et de contours; qui, en un mot, en grossissant même à l'excès le volume des muscles, ne laisse pas que de respecter jusqu'à un certain point les lignes, les saillies et les dépressions de la conformation normale, et, en augmentant le poids de la personne, augmente aussi en même temps, et dans une proportion encore plus grande, les forces de locomotion.

B. Synonymes :

α. *Polysarcia*, de Sauvages (class. X, *Cachexies*, genre IV, — espèce unique, *Polysarcia adiposa*), et de Cullen, (genre LXVII, dans la classe des *Cachexies*, ordre des *Intumescences*). Etymologie : Πολύ beaucoup, et Σάρξ, gén. Σαρκός, chair. Quelques auteurs contemporains ont francisé le mot. Mais *polysarcie* est un terme qui, jusqu'ici, n'a guère passé en usage, et dont l'étrangeté pédantesque n'a pas même pour passeport, dans le sens d'obésité, une valeur étymologique d'irréprochable et parfait aloi.

β. Adéliparie, dans la *Nosologie* d'Alibert, famille IX, *Ethmoplécoses* (c'est-à-dire maladies du tissu cellulaire), genre Ier, en deux espèces : esp. 1re, *Adéliparie universelle*; esp. 2e, *Adéliparie partielle* (Tumeurs graisseuses, ou lipômes). Étymologie : Ἄδην, trop, et Λιπαρός, gras.

C. L'obésité ne présente pas chez tous les sujets le même degré de développement dans les diverses parties du corps. Il est des personnes chez lesquelles elle occupe principalement et presque exclusivement la région abdominale, et qui, sans un embonpoint excessif des autres parties, ne sont défigurées et incommodées que par l'énormité de ce qu'on appelle familièrement une grosse bedaine. C'est là un cas que Vogel a posé dans son système nosographique comme un genre à part (gen. CCCXC), sous le nom de *Steatites*, et avec la définition que voici : Intumescence graisseuse de l'abdomen, au point de simuler la grossesse. Brillat-Savarin, qui était, à ce qu'il dit, un type de cette variété d'obésité, proposait d'appeler cela du nom de *gastrophorie ;* et, du nom de *gastrophores*, les individus ainsi conformés. Chez d'autres sujets, c'est surtout le visage que l'excès de complexion graisseuse déforme et dénature ; avec leurs joues bouffies outre mesure, avec leur large menton à triple étage, ils ne possèdent plus, en vérité, ni le jeu expressif, ni même, pourrait-on dire, les apparences de la physionomie humaine. Il y a des femmes chez lesquelles l'obésité exagère particulièrement le volume des mamelles, et, au lieu de gracieux hémisphères, n'offre plus là que deux masses informes et qui, abandonnées à elles-mêmes, succombent et se laissent, pour ainsi dire, honteusement choir sous l'énormité de leur propre poids. Chez quelques individus, enfin, la graisse se multiplie et s'amasse surtout dans l'intérieur de la poitrine, et autour du péricarde, de manière à comprimer le cœur et l'origine des gros vaisseaux, et, par conséquent, à produire des palpitations, des syncopes et la mort, comme M. Cruveilhier, entre autres, affirme l'avoir vu (*Essai sur l'anat. path.* , t. I, p. 182).

D. En somme, l'obésité est un mal sous un triple rapport. Des quatre conditions qui constituent la parfaite normalité de l'organisme , elle en atteint et en détériore trois, la beauté, la force et la santé. 1° Elle détruit toute la grâce et toute l'harmonie des formes. 2° Elle augmente la masse à mouvoir, sans augmenter à proportion les puissances motrices : d'où, à l'endroit de la locomotion, une inévitable lenteur, une déplorable paresse. 3° Enfin, elle entraîne toujours, tout au moins, un certain degré de dyspnée dans la marche et dans tous les travaux musculaires.

E. S'il est très rare, et peut-être même (car, à la rigueur, je le concéderais) inouï et impossible, que l'obésité devienne par elle-même , et sans aucune complication, la cause de la mort, il est incontestable et l'on a maintes et maintes occasions de vérifier qu'elle accroît singulièrement les chances de ce funeste dénoûment, toutes les fois que survient, chez une personne obèse, une maladie de l'appareil respiratoire ou du cœur. C'est là un point de pathologie sur lequel, dans ces derniers temps, un

de nos plus habiles et de nos plus consciencieux observateurs, M. Briquet, a judicieusement insisté, et à l'appui duquel il a publié un fait très intéressant et très probant, dans un article d'un journal malheureusement mort-né, et, par conséquent, aujourd'hui à peu près introuvable (*L'Institut médical*, n° du 10 novembre 1839). Aussi ai-je cru à propos de conserver et de transcrire textuellement ici cette observation, avec les réflexions mêmes dont M. Briquet l'a accompagnée.

« Christine Morel, âgée de cinquante-quatre ans, ancienne vivandière » de la garde impériale, depuis une quinzaine d'années fileuse, et » menant une vie très sédentaire, douée d'un embonpoint énorme, » ayant la respiration habituellement courte et très gênée, et quelques » battemens de cœur, ne pouvait ni marcher vite, ni monter un escalier » sans être essoufflée.

» Cette femme toussait depuis six semaines, et n'était alitée que de» puis quinze jours, époque à laquelle il est survenu de la fièvre, une » gêne extrême de la respiration, et un peu d'infiltration de la partie » inférieure des membres abdominaux.

» Elle fut apportée à l'hôpital Cochin le 21 janvier 1839, dans l'état sui» vant, qui était le même que celui dans lequel elle se trouvait depuis » plusieurs jours :

» Face vultueuse, gonflée, d'une couleur rouge foncé, ainsi que » la peau des parties supérieures ; volume énorme du corps ; le thorax, » les mamelles, l'abdomen et les membres sont couverts d'un pannicule » graisseux, sur lequel la peau est tellement tendue qu'il est impossible » d'y faire un pli. Poitrine donnant à la percussion un son normal ; dans » tous ses points expansion vésiculaire très faible, et en arrière un peu de » râle muqueux et de râle sibilant. Battemens du cœur très fréquens, » assez sourds, sans impulsion : respiration excessivement courte et » gênée, cinquante inspirations à la minute ; décubitus impossible sur » le dos ; la malade change à chaque instant de position pour se soulager » de l'étouffement qui la tourmente ; peu de toux, point d'expectoration, » pouls assez mou ; cent huit pulsations à la minute ; un peu de rêvas» serie durant la nuit ; langue chargée d'un enduit blanchâtre ; peu de » soif, anorexie, constipation. Tuméfaction générale de la surface du » corps ; léger œdème des pieds.

» Une saignée faite la veille, et dont le sang n'était pas couenneux, n'a » point amené de soulagement notable.

» Prescription. Deux saignées, l'une le matin, l'autre le soir ; pédi» luves sinapisés ; julep avec huit grains de poudre de digitale ; tisane » pectorale édulcorée avec l'oxymel scillitique.

» Les saignées ne purent être pratiquées en raison de l'obésité de la » malade. L'étouffement augmenta durant la journée, et le 28 au matin

» il était survenu de l'assoupissement; un râle trachéal se faisait enten-» dre; ainsi que toute la partie supérieure du corps, la face était violette, » et le pouls insensible aux artères radiales.

» Deux larges vésicatoires aux jambes.

» Mort vers deux heures de l'après-midi.

» *Autopsie.* Cadavre chargé d'une énorme quantité de graisse; le » lambeau formé par la paroi abdominale antérieure et par la partie anté-» rieure du thorax, qu'on est dans l'usage d'enlever lors des autopsies, » pèse près de vingt livres. Sous la peau des membres on trouve partout » un pannicule graisseux de plus d'un pouce d'épaisseur. La peau du » thorax et de l'abdomen est extrêmement tendue. L'abdomen lui-» même est très volumineux. Il existe une très légère infiltration des » pieds.

» Injection de la pie-mère à un degré très modéré; pas de graisse » autour des membranes du cerveau; cet organe lui-même est à l'état » normal; la membrane muqueuse du larynx est d'un rouge uniforme » assez foncé; il y a un amas de graisse assez considérable sous la mu-» queuse, à l'endroit d'insertion de l'épiglotte.

» Les deux poumons sont d'un médiocre volume; ils sont dépourvus » d'adhérences, souples, de consistance et d'apparence tout-à-fait nor-» male; ils sont partout crépitans, aussi bien en haut qu'en bas, et en » avant qu'en arrière; ils sont secs, et ne donnent à la coupe ni sang ni » sérosité spumeuse; leur tissu, parsemé de ramuscules vasculaires noi-» râtres, est d'un rouge brun assez foncé; leur surface offre des saillies » lanchâtres qui dépendent de l'emphysème de quelques lobules; la » face interne des bronches est d'un rouge uniforme foncé, plus pro-» noncé dans les grosses bronches que dans les petites; la muqueuse y a » conservé sa consistance.

» Un ou deux verres de sérosité citrine se trouvent dans la cavité de » chaque plèvre; point d'altération sur la plèvre elle-même; un peu de » sérosité citrine dans le péricarde, dont la séreuse est à l'état normal. » Cœur assez volumineux, entouré de beaucoup de graisse, mou, à » parois un peu épaisses, de couleur d'un jaune pâle, semblable à celle » de la chair cuite, d'un tissu assez mou pour que la cloison inter-» ventriculaire s'écrasât sous la pression du doigt; les autres parois ont » un peu plus de consistance; la membrane interne en est parfaitement » blanche, et transparente et lisse dans tous ses points; pas d'ossifica-» tion aux valvules; une des valvules mitrales est garnie d'un rebord » blanchâtre un peu saillant et dur; les cavités droites contiennent une » assez grande quantité de sang noir, les autres sont vides. Des masses » graisseuses assez considérables existent dans les médiastins, autour du » cœur et au-devant du rachis. Le diaphragme est refoulé du côté du

» thorax, de manière à rétrécir considérablement le diamètre vertical de » cette cavité. Accumulation énorme de graisse dans les mésentères, » dans les épiploons et sous le péritoine; la cavité de l'abdomen en est » remplie à un point tel qu'on n'aperçoit qu'à peine les intestins qui sont » peu volumineux, très contractés. L'estomac, caché par la graisse, con- » tient un liquide verdâtre; ses parois sont molles, légèrement mar- » brées, d'une couleur violette, et un peu ramollies dans leur portion » cardiaque; les intestins, légèrement rosés à l'extérieur, sont d'un blanc » rosé à l'intérieur, et recouverts d'un mucus transparent. Le foie est » médiocrement gros, rougeâtre, non graisseux; plusieurs concrétions » biliaires uniformes existent dans la vésicule, qui contient, en outre, » une bile roussâtre et très visqueuse. La rate, peu volumineuse, est » comprimée par ses membranes, qui sont rétractées et recouvertes en » partie de larges plaques fibro-cartilagineuses et de nombreuses granu- » lations cartilagineuses; ces membranes n'ont pas permis au tissu de la » rate de se développer, et l'ont rendu semblable à un caillot de sang en » partie desséché. Les reins sont assez gros et d'un tissu rougeâtre; ils sont » l'un et l'autre enfouis dans une masse de graisse. L'utérus contient » quelques corps fibreux à sa surface et dans son épaisseur; quelques » uns forment de simples granulations déjà dures, blanches, sans aucune » trace de vaisseaux sanguins; les autres sont gros comme des noisettes; » tous sont arrondis. Il n'y a point de graisse sous la séreuse ni sous la » muqueuse de l'estomac et des intestins; on n'en trouve point non » plus sous la membrane séreuse du foie, de la rate, des reins et » de l'utérus. La membrane interne des veines est à l'état normal.

» Il faut, pour recueillir de ce fait toutes les conséquences qu'on en » peut tirer, l'envisager sous deux aspects; d'abord sous celui des » lésions matérielles qu'on a rencontrées à l'autopsie, puis sous celui de » la complication grave que l'obésité de la malade est venue y ajouter.

» Avant d'examiner quelle part le ramollissement jaune du cœur a » prise dans la terminaison rapide de la maladie, il n'est pas hors de » propos de s'arrêter sur un point aussi remarquable de ce cas intéres- » sant. On sait que divers auteurs, depuis M. Lallemand, cherchent à » rattacher les ramollissemens aux inflammations. Or, dans ce cas, on » n'a pu trouver dans le cœur aucune trace, aucun vestige d'hyperémie » récente. On sait encore que plusieurs médecins, et Laënnec en parti- » culier, regardent l'espèce de ramollissement dont il est ici question, » comme une modification qui se développe durant le cours des maladies » chroniques, et comme un effet de cachexie : ce médecin célèbre disait » que les sujets qui la présentaient avaient le teint pâle et jaunâtre, et » que leur peau était flétrie, etc. Or, chez notre malade, l'affection mor-

» bide avait été fort aiguë, et ce sujet, loin d'être cachectique, offrait » tous les attributs de la pléthore.

» Ce cas présente donc un ramollissement jaune, en quelque sorte » aigu, indépendant de tout état cachectique, de toute fièvre typhoïde » qui l'aurait précédé, et dépourvu de toute connexion avec aucun » phénomène inflammatoire appréciable. S'ensuit-il qu'il soit primitif? je » n'oserais l'assurer.

» Maintenant quelle est la gravité de cet état morbide? Il est évident » qu'il n'est pas la cause de la mort si rapide; en effet, il se rencontre » très ordinairement à la suite des maladies de long cours, après les » phthisies, après les péricardites chroniques, après les fièvres typhoïdes » qui ont emporté le malade au bout d'une cinquantaine de jours. Laën- » nec dit textuellement que les sujets qui présentent un cœur affecté » de ramollissement jaune dans toute son étendue, paraissent l'avoir » porté dans cet état depuis longtemps; et plus bas il ajoute que cette » lésion lui paraît être une affection peu grave, et curable par les toni- » ques et par les analeptiques.

» Il est probable que ce ramollissement a été la cause de la fréquence » extrême et de la mollesse du pouls, et que son influence ne s'est fait » ressentir qu'indirectement sur la respiration.

» Quelle a été la part d'action de la bronchite? Anatomiquement » parlant, l'hyperémie de la muqueuse des voies aériennes s'est montrée » fort étendue, puisqu'elle occupait le larynx, la trachée-artère et les » bronches jusqu'à leurs divisions secondaires; mais la coloration était » uniforme, la mort a eu lieu en quelque sorte par asphyxie, et pendant » la vie il n'y avait pas eu de douleur dans le thorax, et presque point de » toux ni d'expectoration; par conséquent tout porte à penser que la » bronchite n'était pas aussi considérable que les apparences cadavériques » pourraient le faire croire.

» L'hypertrophie du cœur n'était pas assez forte pour constituer un » danger, il n'y avait pas de rétrécissement notable aux orifices de cet » organe; enfin, la malade n'avait durant le cours de sa maladie présenté » aucun de ces phénomènes qui caractérisent les fièvres graves, il n'y avait » jamais eu ni délire, ni langue sèche, ni vomissement, ni diarrhée. » Tout se bornait donc à une bronchite avec hypertrophie du cœur à un » degré modéré et ramollissement jaune, toutes affections peu dange- » reuses pour le moment.

» Il faut donc de toute rigueur s'arrêter à l'état d'obésité excessive » de la malade pour y trouver les raisons des accidens graves qui ont » fini par causer la suffocation et la mort. En effet, la bronchite et le » ramollissement, en accélérant la circulation et la respiration, ont causé

» le besoin d'une plus grande quantité d'air dans le poumon. Or, la con-
» formation du sujet s'opposait à ce que ce besoin fût satisfait. Chez lui,
» le diamètre vertical de la cavité thoracique, très notablement diminué
» par le refoulement du diaphragme, ne pouvait être augmenté, attendu
» que la plénitude excessive de l'abdomen ne permettait ni aux parois
» abdominales, déjà fort tendues, de se distendre davantage, ni au
» diaphragme de s'abaisser. L'ampliation des diamètres horizontaux
» éprouvait de semblables difficultés, le mouvement de diduction des
» côtes était empêché par le poids considérable de la masse graisseuse
» qui surchargeait la poitrine et par la tension extrême de la peau du
» thorax.

» Il est résulté de cette disposition qu'un poumon sain et perméable
» ne suffisait point à la respiration; il y a eu suffocation et mort. Si
» donc cette terminaison funeste est promptement arrivée dans un
» cas où le poumon lui-même était en quelque sorte à l'état normal,
» quel danger n'y a-t-il pas pour les personnes trop chargées d'em-
» bonpoint, lorsqu'elles viennent à être prises d'une pleurésie avec
» épanchement, ou d'une pneumonie ? Evidemment, chez elles, l'obésité
» est une circonstance qui devra donner à la maladie un caractère de
» gravité qu'elle n'aurait pas eu sans cela, et qui pourra amener promp-
» tement un danger de mort, ou tout au moins d'imminence de suffo-
» cation.

» On peut conclure et de ce fait et des considérations précédentes,
» que, dans tous les cas où une maladie quelconque accélère la respira-
» tion, l'obésité, en s'opposant à l'accomplissement d'un besoin urgent
» et vital, constitue une complication de la plus haute gravité, et dont il
» faut que le médecin tienne compte, et pour le pronostic qu'il en
» tirera, et pour la vigueur qu'il devra mettre dans le traitement. »

Ainsi donc, ajouterai-je, vu l'extrême fréquence des maladies aiguës du poumon et du cœur, nous avons tout lieu de souscrire à cette proposition aphoristique de Celse : « Les obèses, généralement, sont suffo-
» qués par les maladies aiguës et par la difficulté de respirer, et souvent
» meurent subitement : ce qu'on voit à peine arriver pour un corps de
» moindre embonpoint [1]. »

707. *Étiologie.* — Il faut ici principalement accuser : 1° une nourriture trop copieuse et qui a pour base exclusive, ou tout au moins générale, des alimens d'une vertu nutritive très grande ; 2° une vie sédentaire oisive, calme et gaie, avec de longs sommeils, sans peines d'esprit, sans

[1] Obesi plerumquè acutis morbis et difficultate spirandi strangulantur, subitòque sæpè moriuntur : quod in corpore tenuiore vix evenit.

Cels., *De re med.*, lib. II, *Præfat.*, § VI.

passions vives ; 3° enfin une idiosyncrasie particulière, — *obésifique*, peut on dire, — idiosyncrasie qui ne saurait d'ailleurs exister et se manifester qu'avec le concours d'un estomac solide et puissant, et pour laquelle le tempérament phlegmatique (80. C. ♂.) paraît avoir une sorte de privilége. Sans l'idiosyncrasie, en effet, le genre de vie le plus favorable à la production de l'obésité n'aura point son effet. Combien d'oisifs, malgré leur fainéantise, leur indolence intellectuelle et morale, et leur gastrolâtrie, restent toute leur vie ou maigres ou seulement dans un médiocre embonpoint. Jusqu'à quel point l'opinion de Brillat-Savarin à l'égard des alimens de nature farineuse est-elle fondée ? Ce célèbre gastronome, à l'esprit ingénieux et observateur, prétendait avoir remarqué que les pommes de terre, le riz, les fécules, le pain, les pâtisseries, etc., avaient entre tous les alimens le plus haut degré de puissance engraissante. Les raisons qu'il apporte en faveur de cette thèse sont peut-être plus spécieuses que solides. C'est là une question d'hygiène qui réclame, pour être éclaircie et entièrement résolue, des recherches bien plus longues et bien plus sérieuses. Mais toujours est-il que, jusqu'à plus ample informé, mieux vaut, dans le doute, s'abstenir de ces alimens, ainsi frappés de suspicion. En fait de boissons, un préjugé populaire attribue à la bière la vertu d'engraisser les personnes qui en font un usage habituel ; mais c'est encore là un point, il faut bien le dire, qui n'est pas indubitablement démontré.

708. *Quelques mots de diagnostic comparatif.* — Il est assez facile, ce me semble, de toujours reconnaître l'obésité d'un premier coup d'œil ; avec un peu d'attention et d'expérience, il n'est guère possible de confondre cet excès de corpulence adipeuse, ni avec un excès de corpulence musculaire, ni avec l'anasarque, ou intumescence séreuse des hydropiques, ni avec l'emphysème général du tissu cellulaire sous-cutané. En effet, 1° chez les sujets de constitution athlétique, ainsi que nous en avons déjà fait plus haut la remarque, les formes musculaires, — au lieu d'être enfouies et cachées, comme chez l'obèse, sous une couche graisseuse, — se dessinent, au contraire, sous la peau, d'une façon plus prononcée et plus saillante qu'à l'ordinaire ; et de plus, l'énorme volume du corps n'en détruit pas du tout l'agilité, et ne fait qu'en accroître la puissance et l'énergie pour tous les efforts de locomotion. 2° Quant aux hydropiques, ils n'ont jamais, comme les obèses, un teint naturel, encore bien moins un teint brillant et fleuri ; et, au lieu de chairs fermes et rebondies, la main qui presse constate un empâtement plus ou moins mou, qui cède sous le doigt et en garde l'impression. 3° Enfin, le ballonnement emphysémateux du corps présente un excès de tension, une élasticité exquise, une sonorité tympanique, qui décèlent à merveille la nature gazeuse de cette intumescence, et n'ont absolument rien de commun avec l'obésité.

709. *Thérapeutique.* — A. Réformer le régime alimentaire, diminuer le nombre des repas, réduire la quantité de nourriture à la ration congrue, ou bien, — si l'estomac, soit par nature, soit par habitude, commande impérieusement, irrésistiblement de manger beaucoup, — avoir recours alors, pour le remplir et le rassasier, à l'usage des alimens les moins nutritifs.

B. Exercice très actif du corps tous les jours, jusqu'à la fatigue, jusqu'à la sueur : par la marche, la course, la chasse, l'escrime, la natation, le jeu de paume, etc, selon les convenances.

C. Conseiller aux hommes obèses une pratique régulière du coït dans la mesure même que peuvent leur permettre les forces et les dispositions particulières de leur constitution.

D. Interdire l'habitude d'un trop long sommeil.

E. Usage d'une ceinture autour de l'abdomen et des lombes, surtout lorsqu'il y a un degré extraordinaire d'obésité abdominale. Quelques uns, et Brillat-Savarin entre autres, recommandent chaudement ce moyen, dans l'espérance, — fort incertaine, à ce qu'il me semble du moins, — de réprimer ainsi et d'arrêter cette exubérance locale de l'hypertrophie adipeuse ; c'est à la condition assez pénible de porter la ceinture jour et nuit. Quant à moi, je ne crois ce moyen un peu utile qu'à titre de palliatif, pendant la station et la marche, pour soutenir et alléger le ventre, fardeau en pareille circonstance bien lourd à traîner, et qui, abandonné à lui-même, souvent retombe fort incommodément sur les cuisses.

F. Purgations réitérées, pendant longtemps, à intervalles assez rapprochés, tous les quinze jours, par exemple, ou même toutes les semaines. C'est là une médication éminemment propre à combattre l'obésité. Aussi, dans ma thèse *Des purgatifs*, en traçant le tableau des indications diverses et nombreuses auxquelles ces médicamens satisfont, n'ai-je pas manqué de signaler formellement l'*indication anti-obésique* (pag. 61-2). Bien entendu, au surplus, que cette médicamentation, comme toutes les autres qui vont être ci-dessous indiquées, exige le concours d'un régime hygiénique rigoureusement observé.

G. Bains de vapeur.

H. Comme autant de moyens propres à déterminer à la longue l'amaigrissement du corps, nous avons encore à signaler particulièrement les substances que voici : 1° le café, pris plusieurs fois par jour, et chaque fois à pleine tasse; 2° les acides, comme, par exemple, le vinaigre prodigué en assaisonnement, ou même bu tout pur, l'oxymel scillitique, la limonade, etc. ; 3° l'iodure de potassium. Mais, si l'excès de l'obésité peut quelquefois justifier, de la part même du médecin

le plus prudent, le recours à un large emploi des acides, ainsi qu'à l'iodu-ration de l'économie, c'est toujours à la condition expresse de surveiller avec le plus grand soin les effets de ces remèdes extrêmes sur l'individu donné, et d'interrompre un tel système de traitement dès l'instant qu'on s'apercevra, aux plus faibles indices, que l'obésité ne s'en trouve entamée et diminuée qu'au prix de dangers plus grands et qui menaceraient de plus près la vie.

ARTICLE IV.

HYPERTROPHIE PAPULO-PRURIGINEUSE DE LA PEAU.

(Prurigo des auteurs.)

710. *Bibliographie.* — Consultez, comme de raison, les divers auteurs de pathologie cutanée que j'ai signalés ailleurs (292).

711. *Nosologie.* — A. Le titre du présent article vaut à lui seul, en vérité, toute une définition, ou peu s'en faut.

Quelle est, en effet, l'affection que je vais signaler sous ce titre? — Un exanthème de forme papuleuse (45. D. ε.), à papules généralement arrondies et bombées, grosses environ comme une tête d'épingle ou un très petit pois, et de même couleur que le reste de la peau, mais avec des démangeaisons vives, souvent atroces, qui donnent à un tel exanthème son caractère de véritable maladie.

B. Si, au lieu d'employer ici le terme, communément usité, de prurigo, j'ai cru à propos d'adopter une dénomination complexe, une périphrase pour désigner la maladie, c'est parce que bien des auteurs confondent, sous le nom de prurigo, la maladie ici en question, et celle qui consiste purement et simplement dans un prurit nerveux sans aucun vice anatomique de la peau. Or, une telle confusion est vraiment digne de blâme, sinon dans l'intérêt de la pratique, qui peut-être n'a pas de remèdes différens à administrer pour l'un et l'autre cas, mais du moins dans l'intérêt de l'exactitude nosographique, qui ne laisse pas que d'avoir, à nos yeux, des droits très respectables. M. Baumès, qui, lui aussi, s'est fait un devoir de protester contre la confusion dont je parle, et de distinguer en nosographie, d'une façon expresse et catégorique, le prurigo de forme anatomique, ainsi pourrait-on dire, d'avec le prurigo d'essence nerveuse, ou, si l'on aime mieux, de pure sensation, nous avait donné l'exemple en signalant particulièrement le premier genre de prurigo sous le nom d'*éruption papulo-prurigineuse éparse* (*Nouv. dermatologie*, t. I, p. 521), par opposition au lichen agrius (378), exanthème papuleux, mais dont les papules, indépendamment de leur rougeur inflammatoire et de leur forme généralement

conique plutôt qu'hémisphérique, ont de plus pour caractère d'être agglomérées et en masse dans un espace circonscrit.

C. L'hypertrophie papulo-prurigineuse occupe ordinairement, et comme avec une sorte de prédilection singulière, le dos, les épaules, les lombes, les fesses, la face externe des bras, des avant-bras et des cuisses. Sans prétendre, ce qu'à Dieu ne plaise, nier absolument qu'elle puisse se trouver bornée au scrotum, à la marge de l'anus, aux alentours de la vulve, je soutiendrais volontiers la thèse qu'en ce qui touche aux cas communément nommés *prurigo scroti*, *prurigo podicis*, *prurigo pudendi muliebris*, on a là à reconnaître et à accuser, en règle générale, j'allais dire en règle à peu près constante, non pas une simple éruption de papules pâles et éparses, mais un érythème papuleux ou autre, ou bien quelque autre inflammation cutanée, ou bien, enfin, un prurit purement nerveux.

D. Tantôt les démangeaisons sont modérées et tolérables ; tantôt, au contraire, elles sont cruelles, horribles, et constituent un véritable martyre. Différence qui sert de fondement à deux espèces de Willan : l'une, appelée *prurigo mitis ;* l'autre, *prurigo formicans.* C'est qu'en effet il semble quelquefois au pauvre malade qu'une légion de fourmis le dévore, comme on dit, entre cuir et chair. La chaleur du lit, l'exercice, les libations alcooliques, les excès de table augmentent ordinairement les démangeaisons. Sous l'impérieuse impulsion de cette sensation morbide, on se gratte avec les ongles jusqu'à déchirer les papules, qui, après avoir été ainsi entamées, se montrent surmontées, ou plutôt revêtues d'une petite croûte noirâtre formée par la dessiccation d'une goutte de sang. L'atrocité et la continuité des démangeaisons peuvent parfois être portées au point d'empêcher tout-à-fait le sommeil, et, partant, d'amener un amaigrissement et une débilité déplorable.

E. Ces papules prurigineuses ne se produisent pas toutes en même temps et, pour ainsi dire, d'un seul jet, mais bien, au contraire, par éruptions successives. Les unes apparaissent et sévissent dans toute la plénitude de leur cruelle importunité, tandis que les autres déjà s'affaissent, s'éteignent et se résolvent. En somme, l'hypertrophie papulo-prurigineuse peut durer des mois et des années.

F. L'hypertrophie papulo-prurigineuse est fort sujette à se reproduire chez les individus qui en ont été une fois atteints.

G. Il ne nous est point permis de déterminer quel est dans le derme l'élément anatomique qui sert particulièrement de siége à l'hypertrophie papulo-prurigineuse ? Quelques uns ont présumé que c'étaient les papilles. Cette hypothèse a, sans doute, ses raisons ; quelle hypothèse

n'a pas les siennes? Mais, quant à celle-là, je ne crois pas à propos d'en dire davantage.

II. A ceux qui trouveraient à redire que j'aie classé dans la famille des hypertrophies la maladie ici en question, et non pas, comme tant de dermatologues, dans la tribu des inflammations cutanées, je répondrai que c'est là précisément, de ma part, une protestation contre ce dernier classement trop banal et trop peu fondé, plutôt qu'une conviction nosographique irrévocablement, inébranlablement fixée dans mon esprit. En vérité, je répugne à concéder que ces papules pâles, ces élevures cutanées purement prurigineuses, jamais douloureuses au toucher, soient encore de l'inflammation (293. B.). Après cela, si l'on veut, je suis prêt à confesser que je n'ai peut-être pas bien réussi à trouver, pour la maladie qu'elles constituent, la véritable et légitime place qui doit lui appartenir dans les cadres de la nosographie. Que d'autres, mieux inspirés que moi, fassent donc ce que je n'ai pu faire: il ne m'en coûtera pas de les applaudir et de les suivre.

712. *Étiologie.* — A. L'enfance et la vieillesse sont les deux âges où l'hypertrophie papulo-prurigineuse se produit le plus fréquemment. C'est surtout dans le dernier âge que cette maladie se montre quelquefois d'une opiniâtreté désespérante et qui résiste à toutes les ressources de la thérapeutique. Et voilà, apparemment, pourquoi Willan et ses imitateurs, qui se complaisent, comme on sait, à multiplier les espèces en pathologie cutanee, posent en espèce à part le *prurigo senilis*, comme si l'hypertrophie papulo-prurigineuse avait chez les vieillards un type essentiellement distinct, comme si le susdit *prurigo senilis* ne rentrait pas naturellement, selon le cas, dans l'une ou l'autre de ces deux espèces de la même école, le *prurigo mitis* ou le *prurigo formicans.*

B. En fait de causes qui appartiennent ou à une mauvaise hygiène ou déjà, même, à l'ordre pathologique, accusons bien haut la malpropreté, et moins résolument, mais non pas pourtant sans justes motifs, l'abus des boissons alcooliques; accusons la présence des poux sur le corps, — la gale, — les inflammations cutanées, surtout à l'état chronique. Très souvent, en effet, l'hypertrophie papulo-prurigineuse ne survient qu'à titre deutéropathique consécutivement au règne plus ou moins long d'une urticaire, d'un eczéma, d'un ecthyma, ou de n'importe quelle autre inflammation cutanée, soit pour compliquer cette inflammation, soit pour y survivre et y succéder.

713. *Diagnostic comparatif.* — Les affections avec lesquelles l'hypertrophie papulo-prurigineuse a le plus de ressemblance, mais dont, avec un peu d'expérience et d'attention, il est facile de la distinguer,

sont celles que voici : 1° le prurigo nerveux, où il ne s'agit que de regarder la peau pour y constater l'absence complète de papules; 2° certains cas qui appartiennent au genre *lichen* des auteurs, je veux dire les cas qui consistent aussi en une éruption de papules éparses, plus ou moins prurigineuses, mais rouges, ou tout au moins rosées, ayant ainsi quelque chose d'inflammatoire dans leur aspect, et, par cela même, très distinctes, pour tout observateur attentif, de l'exanthème incolore qui fait l'objet du présent article, sans compter que les papules du lichen ont en général pour caractère d'être coniques et non pas hémisphériques; je ne parle pas des lichens à papules groupées ou agglomérées, du *lichen circumscriptus* de Willan, du *lichen urticatus* de Bateman (325. A.), de l'*érythème papuleux* formellement reconnu par nous (316. L.), encore bien moins du lichen agrius (378), car il n'y a pas là la moindre chance de méprise; 3° enfin, certaines éruptions de papules sans changemens de couleur à la peau, mais aussi sans le moindre degré de cuisson ni de prurit, comme j'ai déjà eu occasion d'en citer un remarquable exemple (293. B.), papulations indolentes qui ne sont un mal qu'au point de vue de la beauté corporelle, et qui pourraient en imposer, si l'on en jugeait d'un premier coup d'œil et sans interroger la personne qui les présente.

714. *Thérapeutique.* — Saignée, dans une raisonnable mesure, chez les sujets pléthoriques. Médication dépurante (144-5), — même poussée jusqu'aux essais les plus énergiques, même jusqu'à l'emploi des plus terribles médicamens, — comme les arsenicaux, par exemple, — si l'opiniâtreté et l'intensité du cas l'exigent. Bains, chauds ou froids, acides ou alcalins, sulfureux, avec ou sans addition de gélatine : chaque sorte de bains a ses succès, qui ont lieu dans tel cas plutôt que dans tel autre, mais qui, on doit l'avouer, se rencontrent et s'obtiennent par tâtonnement, non par une prévision sûre de la théorie; toujours est-il qu'il ne faut, dans aucun cas, manquer à prescrire des bains d'une nature quelconque. Dans l'intervalle des bains, on conseillera pour calmer les démangeaisons : 1° les lotions à l'aide d'eau froide, tout simplement, ou mieux encore, avec addition de vinaigre ou de quelque autre acide, d'alcool ou de camphre; 2° diverses pommades, notamment celles à base de calomel, de camphre ou d'extrait de saturne, celles à base alcaline, et entre autres, la pommade suivante, que, pour mon compte, j'affirme avoir vue souvent réussir dans des prurigo jusque là rebelles :

℞. Chaux éteinte, en poudre impalpable. / Carbonate de soude.	ana 2 grammes.
Extrait gommeux d'opium.	un demi-grain.
Axonge.	trente grammes.
Essence de bergamotte	cinq gouttes.

F. S. A.

ARTICLE V.

HYPERTROPHIE CARDIAQUE.

Synonym. : — Hypercardiotrophie, de M. Piorry.

715. *Bibliographie.* — CORVISART. — (*Essai sur les mal. et les lés. org. du cœur*) IIe classe, art. II, *De l'anévrisme actif du cœur, ou avec épaississement de ses parois;* — art. III, *De l'anévr. actif du cœur ou avec épaiss.* etc., *affectant la totalité de cet organe;* — art. IV, *De l'anévr. act.* etc., *affectant le ventricule gauche;* — art. V, *De l'anévr. act.* etc., *affectant le ventricule droit;* — art. VI, *De l'anévr. act.* etc., *affectant les oreillettes.*

LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 2, *De l'hypertrophie du cœur;* — chap. 4, *De la dilatation avec hypertrophie des ventricules du cœur;* — chap. 5, *De la dilatation de l'un des ventricules avec hypertrophie de l'autre;* — chap. 6, *De la dilatation et de l'hypertrophie des oreillettes du cœur.*

HOPE. — (*A treatise on the diseases of the heart*, etc.) Part III, chapter I, *Hypertrophy of the heart.*

BOUILLAUD. — (*Tr. clin. des mal. du cœur*) — t. II, p. 473-592 (*hypertr. du cœur.*)

CRUVEILHIER. — (*Anat. pathol.*) Livraison XVII, planche IV. — On trouve là la description et la représentation d'un cas remarquable d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, coïncidant avec l'hypertrophie du ventricule droit, sous la dépendance d'un état anévrismal de la crosse aortique.

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, t. VIII, art. *Cœur*, § V, *Des maladies du cœur en particulier.*) — Pag. 284-303 (*hypertrophie et dilatation du cœur.*)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, t. II, p. 339-61). — Art. *Cœur* (*Hypertrophie du*).

BIZOT. — (*Recherches sur le cœur et le système artériel chez l'homme.* Dans les *Mém. de la Société médicale d'observation de Paris;* t. Ier, 1836, in-8°) 1re partie, *Dimensions du cœur et des principales artères suivant l'âge, le sexe, la taille des individus, les diverses maladies, etc.*

PIGEAUX. — (*Traité pratique des maladies du cœur*) — Pag. 363-429 (*hypertrophie des parois du cœur.*)

VERNOIS. — *Mém. sur les dimensions du cœur chez l'enfant nouveau-né :* suivi de recherches comparatives sur les mesures de cet organe, à l'état adulte. Paris, 1840, in-8°.

ARAN. — (*Manuel prat. des mal. du cœur*) IIe partie, IIe classe, chap. 1, *Hypertr. du cœur.*

FORGET. — (*Recherches cliniques sur les maladies du cœur.* Dans la *Gazette médicale*, année 1844, *passim.*) — Chap. II, *Recherches clin. sur les rapports des altérations valvulaires avec l'affection connue sous le nom d'anévrisme du cœur* (*Gaz. médic.*, nos 23, 25, 28 et 30); — chap. III, *De l'hypertrophie concentrique du cœur* (*Gaz. méd.*, n° 36).

DECHAMBRE. *De l'hypertrophie concentrique du cœur.* (Dans la *Gaz. méd.*, année 1844, n° 38.)

716. *Idée sommaire de l'hypertrophie cardiaque et de ses diverses espèces sous le point de vue de l'anatomie pathologique.* — Le cœur, ce muscle creux, est, ainsi que tout muscle, fort sujet à l'hypertrophie. Mais, à la différence de tant d'autres muscles, où l'hypertrophie, même poussée à l'extrême, devient à peine une difformité véritable, et ne fait que déparer, en les exagérant au-delà des proportions naturelles, les formes extérieures du corps humain, le cœur, merveilleux instrument d'hydraulique vivante, moteur consacré à la tâche incessante d'entretenir et de régler la circulation du sang, n'a même besoin que d'un assez faible degré d'hypertrophie pour être aussitôt gêné dans l'accomplissement de cette essentielle fonction, et pour devenir ainsi le point de départ d'une maladie sérieuse et grave, le premier anneau, si l'on me permet cette manière de parler, d'un funèbre enchaînement de phénomènes morbides et mortels. Que sera-ce, à bien plus forte raison, lorsque ce viscère aura acquis, comme cela se peut très bien, un volume tout-à-fait extraordinaire, un volume double, triple, ou même quadruple du volume normal? Et, pour ce qui est de fixer un étalon de ce volume normal, au milieu de tant de variétés individuelles qui sont et doivent être en corrélation nécessaire avec les différences de stature, de corpulence et de tempérament, quelle est la meilleure base d'appréciation pour les investigations nécroscopiques? Après tout, il faut le dire, — oui, après tant de chiffres accumulés par les laborieux observateurs qui ont mesuré le cœur sur une infinité de cadavres, — c'est encore la base proposée par Laënnec, à savoir, la grosseur même du poing chez le sujet donné. Au reste, les anatomo-pathologistes ont établi et dû établir, en fait d'hypertrophie cardiaque, plusieurs distinctions plus ou moins importantes : 1° quant à ses effets en ce qui concerne la capacité des ca-

vités cardiaques; 2° quant à ses différences de siége et d'étendue. Sous le premier rapport, en effet, il y a trois cas à distinguer; c'est à savoir qu'avec un épaississement plus ou moins considérable des parois du cœur, on peut rencontrer tantôt des ventricules et des oreillettes de grandeur naturelle, tantôt le rapetissement de ces cavités, tantôt au contraire leur dilatation. En d'autres termes, pour emprunter à M. Bouillaud sa nomenclature, l'hypertrophie du cœur peut être divisée en hypertrophie simple, en hypertrophie concentrique, et en hypertrophie excentrique ou anévrismale. Ce dernier cas est, à ce qu'il me paraît du moins, le plus commun; il est, à coup sûr, le plus tranché, le plus remarquable, l'*anévrisme actif* de Corvisart, la *cardiectasie hypertrophique* d'Alibert (fam. VI, *Angioses*, gen. VII, esp. 1); c'est particulièrement ce cas-là que j'envisagerai pour esquisser la symptomatologie du sujet ici en question. Enfin, sous le rapport du siége : tantôt l'hypertrophie du cœur est générale, mais rarement, même jamais, en ce cas, égale dans tous les points, et pour les quatre cavités; tantôt elle est partielle. On distingue donc : l'hypertrophie du cœur gauche, et celle du cœur droit; l'hypertrophie bornée à un seul ventricule ou à une seule oreillette; bien plus, l'hypertrophie qui affecte isolément un siége encore plus restreint, comme, par exemple, la cloison inter-ventriculaire, la pointe du cœur, les colonnes charnues de la valvule mitrale, etc., etc. Mais, en résumé, il faut bien le reconnaître, ces distinctions, du moins pour la plupart, sont purement anatomiques, ne ressortissent pas du tout au domaine de la clinique, n'ont point de symptomatologie spéciale, et, partant, ne peuvent point être diagnostiquées, malgré la prétention contraire de certains médecins, qui, à les en croire, auraient le talent de tout découvrir, de tout voir en ce genre par les nuances, à eux seuls connues et saisissables, des bruits cardiaques. Aussi, dans un livre élémentaire tel que le mien, où je dois surtout exposer la science faite et non pas me laisser entraîner aux interminables discussions de la science qui est encore à faire, je pense qu'en fait de symptomatologie le mieux sera de me borner à une description générique, qui aura surtout pour base, ou, si l'on aime mieux dire ainsi, pour type, l'hypertrophie intégrale de tout le cœur. Pour ce qui est de compléter mon aperçu d'anatomie pathologique, je crois à propos de remarquer, 1° qu'en général l'hypertrophie cardiaque est beaucoup plus prononcée sur la partie gauche ou aortique du viscère que sur la partie droite ou veineuse; 2° que, pour le ventricule gauche, d'ordinaire on la trouve qui va diminuant insensiblement de la base à la pointe, et avec une épaisseur moindre à la cloison inter-ventriculaire qu'à la paroi externe ou propre du susdit ventricule; 3° que, pour le ventricule droit, l'hypertrophie est presque partout uniforme, si ce n'est vers les valvules tricuspides et à leurs piliers, ainsi qu'à l'origine de l'artère pulmonaire,

autant de points où elle offre ordinairement un degré plus considérable ; 4° enfin, que, la plupart du temps aussi, le tissu musculaire du cœur, indépendamment de l'augmentation de volume, se montre plus ferme et plus coloré que dans l'état normal.

717. *Symptômes.* — La voussure insolite de la région précordiale, le caractère extraordinaire de la matité, soit en étendue, soit en degré, dans la même région : voilà deux symptômes, pour ainsi dire, physiques, mécaniques, qui se lient à l'hypertrophie cardiaque, mais seulement lorsque celle-ci est déjà parvenue à des dimensions assez considérables. Même avec un cœur excessivement volumineux, avec un cœur de grosseur bovine, la matité précordiale, ainsi que l'absence de murmure respiratoire qui se rencontre là à l'auscultation comme symptôme nécessairement corrélatif, peut encore se trouver circonscrite dans un espace de fort médiocre étendue, si une lame du poumon gauche, comme cela se voit chez bien des sujets, revêt en partie le cœur, et se trouve ainsi interposée entre ce viscère et la paroi thoracique : mais alors la matité, fût-elle resserrée dans ses limites normales, présente au tact et à l'ouïe du praticien exercé quelque chose de plus frappant, et, pour ainsi dire, de plus compacte qu'à l'ordinaire. Si l'hypertrophie affecte exclusivement ou principalement le ventricule droit, la matité précordiale doit, comme de raison, se montrer plus étendue et plus marquée à droite qu'à gauche. Le choc du cœur hypertrophié se montre généralement à titre d'impulsion très forte, plus ou moins prolongée, en raison même du plus ou moins de volume qu'a l'hypertrophie ; il soulève la tête de l'observateur pendant l'auscultation ; souvent il est visible de fort loin ; souvent aussi, à chaque coup, son retentissement se fait entendre à l'oreille du malade, et ne cesse de bruire, en écho importun et sinistre, surtout dans le silence des nuits d'insomnie. D'ordinaire, c'est-à-dire lorsque l'hypertrophie affecte uniquement le cœur aortique, ou du moins lorsque c'est là qu'elle prédomine, le choc se fait sentir et voir, comme à l'état normal, entre les cartilages de la sixième et de la septième côte du côté gauche : lorsque l'hypertrophie affecte exclusivement ou principalement le ventricule droit, ce qui est le cas le plus rare, — il paraîtrait, à en croire le témoignage de maints observateurs très dignes de foi, que l'impulsion se fait ressentir plus fortement sous la partie inférieure du sternum que dans le lieu physiologique ci-dessus rappelé. Mais, et c'est là un point fort important à remarquer, toutes les fois que l'hypertrophie est excessive, toutes les fois que le cœur devient énorme, est à l'étroit dans la poitrine et qu'il lui reste à peine assez de place pour se mouvoir, il n'y a plus de choc, à proprement parler ; et ce qui tient lieu de ce choc, à chaque systole ventriculaire, c'est un soulèvement extrêmement visible

des parois précordiales, et qui se fait, non pas d'une façon brusque et instantanée, mais comme par une impulsion prolongée. Quant aux phénomènes d'auscultation, voici ce qu'il en est dans l'hypertrophie cardiaque : avec ou sans concomitance de bruits étrangers, avec ou sans bruits de soufflet, de scie, etc. (46. F. ε.), qui, à ce qu'il me paraît du moins, ne tiennent en rien à l'hypertrophie même, mais bien à d'autres conditions, soit encore anatomiques, soit névropathiques ou hématologiques, les bruits naturels du cœur prennent, en général, un caractère sourd ; quelquefois même, lorsque l'hypertrophie est très considérable, le second bruit est peu sonore, à peine sensible, voire même réduit à néant; il y a plus encore, quelquefois, — mais cela, il est vrai, est rare, — l'auscultation la plus attentive et la plus habile ne retrouve rien du tictac normal, pas même quelque reste du premier bruit; et, plus les bruits de tictac se montrent faibles et sourds dans la région précordiale, moins leur retentissement s'étend au-delà de cette région ; en d'autres termes, moindre est l'*étendue des battemens du cœur*, ainsi que le disait Laënnec (46. F. ε.). Combien de fois arrive-t-il que ces bruits ne soient déjà qu'à grand'peine appréciables sous la clavicule gauche et vers le haut du sternum, et, à plus forte raison, qu'ils soient imperceptibles et nuls dans le côté droit ! Cependant, faut-il ajouter, en ce qui touche à l'hypertrophie isolée ou prédominante du ventricule droit, l'on s'accorde généralement à professer que les battemens cardiaques se font entendre alors d'une manière plus marquée dans le côté droit que dans le côté gauche du thorax. Quoi qu'il en soit, plus ou moins longtemps avant que les phénomènes précités d'habitude extérieure et d'auscultation fassent leur entrée en scène et se prononcent de manière à constituer ce qu'on peut à bon droit nommer le second degré de la maladie, cette maladie a son premier degré, sa période de symptômes prodromiques (53. C. γ. — D. et J), ou période initiale, dans laquelle commencent à se manifester quelques phénomènes de perturbation dans la circulation et la respiration, ces deux fonctions solidairement liées entre elles. Sentiment de gêne et d'oppression dans la région précordiale; dyspnée habituelle ; essoufflement facile et prompt à se produire par suite d'une marche rapide, d'un exercice tant soit peu fort, d'une lecture à haute voix, etc., etc. ; petite toux sèche; palpitations d'ordinaire médiocres et rares, et qui consistent généralement dans une simple augmentation, subite et momentanée, de force et de fréquence dans les battemens du cœur, plutôt qu'elles ne se caractérisent par des irrégularités et des intermittences dans le rhythme de ces battemens : tels sont les troubles fonctionnels qui, encore un coup, se manifestent dans le premier degré de la maladie, et vont se prononçant de plus en plus dans le second degré. Ajoutons, en outre, qu'à titre de

symptômes secondaires, mais qui, pourtant, méritent considération, il faut compter le pouls plein, fort, vibrant (46. F. δ.), et la face vultueuse (45. G. γ.) : symptômes qu'on observe assez souvent, en cas surtout d'hypertrophie du ventricule gauche ; bien entendu que, pour ce qui regarde le pouls, je ne veux parler que d'une hypertrophie pure et simple, que d'une hypertrophie non compliquée de rétrécissement de l'orifice aortique. Assez souvent, aussi, de fréquentes hémoptysies se montrent comme maladie symptomatique de l'hypertrophie cardiaque (330. B.), mais comme étant plus particulièrement, — à ce qu'assurent les auteurs, et à ce que la théorie semble, en effet, appuyer et très bien expliquer, — sous la dépendance de l'hypertrophie du ventricule droit, soit que cette hypertrophie existe seule, soit que, suivant la règle ordinaire, elle accompagne l'hypertrophie gauche. A plus forte raison, encore, le pouls des veines jugulaires, — pouls jugulaire ou veineux, comme on voudra l'appeler, — symptôme fort insolite, mais réel dans certains cas, et toujours, ce me semble, assez facile à distinguer d'avec le pouls des artères carotides, — doit être spécialement rattaché à l'hypertrophie droite. Enfin, ce qui constitue décidément le troisième degré de la maladie, c'est lorsque, au développement de plus en plus prononcé, de plus en plus fâcheux, des symptômes locaux, soit physiques ou matériels, soit fonctionnels, précédemment énumérés, vient se surajouter un grave et funeste appareil de symptômes généraux. Orthopnée ; accès de dyspnée suffocante ; quintes de toux convulsive ; face violette et livide, notamment aux lèvres, aux joues et au nez ; anorexie ; dyspepsie ; fièvre hectique ; hydropisie débutant par l'œdème des pieds et des jambes, puis devenant générale, même universelle dans toute la force du terme (anasarque, ascite, hydropéricarde, etc.) : voilà jusqu'où la maladie pousse ses funestes progrès ; voilà par où elle mène l'homme au tombeau.

718. *Durée et terminaison de la maladie.* — La maladie que l'hypertrophie cardiaque constitue est toujours une maladie chronique. C'est peu à peu et d'une manière lente qu'elle marche du premier degré au deuxième, de celui-ci au troisième degré, et de là au dénouement mortel. Ce n'est pas par mois, mais par années, qu'il faut d'ordinaire en compter la durée. Souvent même, cette maladie reste stationnaire pendant un temps indéfini. Et, quant à moi, je suis convaincu que la terminaison par la mort n'est pas la seule et unique issue, l'issue inévitablement fixée par un inflexible destin. La rétrogradation du mal et une guérison complète ne sont pas, à mon sens du moins, au-dessus des ressources de la nature, surtout secondée par l'art, et secourue par un régime et un traitement appropriés. Bien entendu, au surplus, qu'on ne peut guérir d'une hypertrophie cardiaque qu'autant que cette hyper-

trophie est idiopathique,— et non pas symptomatique, comme il arrive, par malheur, trop souvent, de quelque vice anatomique essentiellement permanent et fixe, qui fasse obstacle à la circulation du sang, et contre lequel elle soit une sorte de palliatif, un moyen d'équilibre et de résistance, en un mot, une ressource, insuffisante il est vrai, mais réelle, de la force médicatrice (121. B.). Dans le premier degré de la maladie particulièrement, la guérison est peut être même un fait beaucoup plus commun qu'on ne pense; mais, il faut l'avouer, ce fait n'est pas susceptible d'une démonstration rigoureuse, attendu l'impossibilité, en pareille circonstance, d'établir un diagnostic parfaitement certain.

719. *Complications les plus ordinaires.* — Sans reparler de l'hémoptysie ni de l'hydropisie, accidens déjà mentionnés, et qui là, en vérité, méritent plutôt le nom de symptôme que celui de complication; sans compter non plus les vices organiques valvulaires, qui, trop souvent, sont là à titre de mal primitif et fondamental, nous devons signaler, parmi les accompagnemens les plus ordinaires de l'hypertrophie cardiaque, la bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire, qui tantôt la précèdent et paraissent réellement contribuer, pour une certaine part, à en opérer le développement, tantôt, au contraire, s'y surajoutent deutéropathiquement : double rôle, qui n'a rien, assurément, d'incompréhensible et de surprenant, vu la solidarité réciproque de la respiration et de la circulation.

720. *Etiologie.*— L'âge viril et la vieillesse, le tempérament sanguin et surtout le tempérament athlétique, le caractère impétueux, violent, irritable : voilà les conditions personnelles dans lesquelles on est le plus exposé, suivant l'accord à peu près unanime des auteurs, à être atteint d'hypertrophie cardiaque. Tout ce qui augmente la force et la fréquence des mouvemens du cœur, et, s'il faut entrer dans le détail, accusons les efforts habituels et excessifs pour la course, pour la lutte, pour soulever et transporter de lourds fardeaux, pour les exercices d'équitation, etc.; accusons l'usage des instrumens à vent, le chant, les cris, la déclamation; accusons aussi, avec bien des médecins, les fréquens accès de colère, les vives et profondes douleurs de l'âme; puis, dans un ordre de choses plus matérielles et plus basses, l'abus des boissons alcooliques, et le coït trop souvent renouvelé, surtout pour les personnes chez lesquelles cet acte produit une sorte d'extase convulsive : voilà, en ce qui concerne le régime de vie, les influences qui peuvent contribuer plus ou moins puissamment à la production, ainsi qu'à l'aggravation d'une hypertrophie cardiaque. Enfin, il est des états pathologiques qui entraînent à leur suite cette hypertrophie comme un de leurs effets les plus directs et les plus incontestables : ce sont tous les vices anatomiques qui font obstacle à la circulation; ce sont, par

exemple, les vices des valvules auriculo-ventriculaires (valvule mitrale, ou valvule tricuspide), ou des valvules sigmoïdes,—les anévrismes et les rétrécissemens de l'aorte, — les épanchemens pleurétiques, — les adhérences du péricarde après une péricardite, — les pneumonies (à ce que disent quelques uns, non sans apparence de raison), etc., etc. Cette puissance que les palpitations répétées, même sous une influence purement dynamique, et que les obstacles apportés au jeu régulier de la circulation possèdent pour hypertrophier le cœur, je l'ai déjà signalée, et j'en ai, pour ainsi dire, donné la clef, dans la théorie générale de l'hypertrophie (691. A.).

721. *Diagnostic.* — Combien n'y a-t-il pas là de difficultés, de problèmes ardus et épineux! Combien de cas où le talent du praticien le plus expérimenté doit, en bonne conscience, avouer la nécessité du doute! Y a-t-il hypertrophie ou non? Voilà déjà un point qu'il n'est pas toujours très facile de décider. Gardez vous de croire, surtout, que l'auscultation soit ici une source de lumières infaillibles et qui se retrouvent à tout instant chez tous les sujets. Non, il n'en est pas ainsi, quoi qu'en puissent dire certains enthousiastes. L'insuffisance d'une séméiologie fondée sur les bruits cardiaques est une chose avouée par tous les observateurs dont la bonne foi, dont le sens calme et rassis égalent l'aptitude spéciale et l'expérience consommée en ce genre d'exploration. Sans doute, je le répète, l'auscultation, dans l'hypercardiotrophie, rencontre souvent un tic-tac sourd, presque nul, avec ou sans concomitance de bruits étrangers. Mais ce n'est pas là un signe pathognomonique; tant s'en faut. L'hypercardiotrophie existe, souvent aussi, sans de tels phénomènes séméiologiques; et, réciproquement, ces phénomènes existent quelquefois sans hypercardiotrophie. C'est ce que reconnaissait et imprimait, tout récemment encore, M. Beau, l'un de nos observateurs les plus distingués, et de ceux qui se sont le plus occupés d'étudier les bruits cardiaques (*Journal de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., décembre 1843, p. 358). Et ce qui est vrai des phénomènes d'auscultation l'est, à plus forte raison, de tous les autres signes, pris un à un et isolément. Ce n'est qu'en embrassant tous ces signes dans une appréciation large et complète qu'il est véritablement permis d'inscrire, dans bien des cas, l'hypertrophie du cœur sur la feuille de diagnostic. Et, si cela seul est déjà une tâche entourée d'écueils, que sera-ce donc pour affirmer si cette hypertrophie est ou non liée à l'existence de quelque vice valvulaire, et à l'insuffisance ou au rétrécissement des orifices? Mais ce qu'il importe bien, avant tout, d'éviter, et ce que les praticiens éclairés, circonspects et qui savent douter, éviteront toujours, c'est de proclamer à la légère, sur la foi de signes équivoques, bruit de soufflet, palpitations, etc., l'existence d'une

hypercardiotrophie chez les sujets anémiques, chlorotiques, névropathiques, où de tels phénomènes se présentent si souvent sans aucun vice organique du cœur. Méprise que je n'imagine pas, qui s'est faite et se fait encore quelquefois, soit ignorance, soit étourderie! Méprise qui tournera cruellement à votre honte, si, en conséquence d'une telle erreur de diagnostic, vous avez prononcé un pronostic sinistre que l'avenir ne doit pas justifier, si vous avez déclaré atteinte d'un trait mortel, suivant la célèbre épigraphe de Corvisart, une personne qui doit ensuite recouvrer une santé florissante et fournir une longue carrière!

722. *Thérapeutique.* — (692.) — Le traitement n'est que palliatif, il faut l'avouer, et ne fait que retarder la mort, du moins dans la grande majorité des cas, si tant est même que nous ayons raison de penser que quelquefois, et par exception singulière, il peut opérer, surtout au premier degré de la maladie, une cure radicale.

En tout cas, voici quelles sont les bases du traitement.

Grand repos de corps et d'esprit. Au besoin, exiger que le malade change de profession; qu'il renonce à des occupations qui ne peuvent qu'aggraver son mal, si même elles n'en sont pas la seule et unique cause. Émissions sanguines. Essayer même, dans les limites d'une prudence éclairée, la dure et rigoureuse méthode de Valsalva.

Emploi habituel et persévérant des préparations de digitale. Et, lorsque la digitale ne suffit pas pour calmer l'excès de la dyspnée, ni pour procurer le sommeil, administrer les opiacés et autres narcotiques, — l'acide cyanhydrique, par exemple.

M. Magendie conseille l'usage de l'iodure potassique, dont la vertu atrophique lui paraît devoir être mise à profit contre l'hypertrophie du cœur. Il a obtenu, assure-t-il, des succès à l'aide d'une solution dont je ne crois pas hors de propos, vu la célébrité et l'autorité de ce médecin, de donner ici la formule.

SOLUTION ATROPHIQUE DE M. MAGENDIE.

℞. Iodur. potass.	15	grammes.
Eau distillée de laitue.	250	—
Eau distillée de menthe.	8	—
Sirop de guimauve.	30	—

(Plus, au besoin, quatre ou huit grammes de teinture alcoolique de digitale.)

T. Une ou deux cuillerées à bouche de la solution ci-dessus, dans un peu d'eau ou de tisane, matin et soir.

CHAPITRE VI.

ATROPHIES.

723. *Bibliographie.* — NACQUART. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. II, p. 437-44.) — Art. *Atrophie.*

BARBIER. — (*Précis de nosologie et de thérapeutique.* Paris, 1827, 2 vol. in-8°) Classe IVe des *Lésions pathogénèses :* les oligotrophies. (T. I, p. 367-413).

ANDRAL. — (*Précis d'anat. path.*) Ire partie, sect. II, chap. 2, art. 2, *De l'atrophie.* — (T. Ier, p. 184-9).

LOBSTEIN. — (*Tr. d'anat. path.*) Liv. Ier, art. 2, *Changement de forme et de volume par atrophie.* — (T. Ier, p. 60-92.).

FERRUS. — (Dans le *Répert.*, — t. IV, p. 305-73.) — Art. *Atrophie.*

CANSTATT. — (Dans le *Handwoerterbuch der Physiologie.* Publié par le prof. Rodolphe Wagner, de Goettingue. Brunswick, 1842, in-8°. — p. 27-34.) — Art. *Atrophie.*

ARTICLE PREMIER.

NOTIONS GÉNÉRALES.

724. *Définition.* — Par atrophie, j'entends ici, suivant l'usage généralement adopté parmi les médecins d'aujourd'hui, un vice anatomique local, qui consiste en ce qu'un organe déterminé, ou une partie quelconque du corps, présente un rapetissement considérable, plus ou moins descendu au-dessous du volume normal, à raison d'un défaut de nutrition, — en un mot, parce que, aux molécules naturellement emportées par la désassimilation, il n'en succède pas de nouvelles, qui soient assimilées en proportion correspondante. Comme tant d'autres termes, au surplus, le terme d'atrophie, par une métonymie aussi familière au langage scientifique qu'au langage vulgaire, sert également à désigner, selon l'occasion, selon le besoin du discours, la cause ou l'effet; c'est à savoir que tantôt il indique la perturbation même de l'acte nutritif, la manière vicieuse dont fonctionne la force plastique (76), tantôt, comme je viens de le dire, le résultat anatomique de cette altération fonctionnelle.

725. *Etymologie.* — Ἀτροφία (de α privatif et Τροφή). C'est un mot

de très ancienne date dans le vocabulaire médical. Ce n'est pas, il est vrai, un terme de l'époque hippocratique; mais déjà, au temps de Celse, ainsi que cet auteur lui-même nous l'apprend (lib. III, sect. XI), ce terme avait cours parmi les médecins grecs; et nous le retrouvons effectivement dans les œuvres de Galien. A la vérité, il signifiait ordinairement alors une diminution générale de volume dans la masse entière du corps, un amaigrissement universel et ce que nous nommons aujourd'hui de préférence le marasme (45. B.), plutôt qu'il ne servait à indiquer le rapetissement particulier d'un membre ou d'un organe. Sauvages, dans le dernier siècle, l'entendait encore de semblable façon, lorsque, sous ce même nom, il posait comme un genre à part, dans sa classe des *Cachexies*, ordre des *Amaigrissemens* ou *Consomptions*, l'amaigrissement sans fièvre (gen. III, *Atrophia*), par opposition à la consomption accompagnée de fièvre et qui se produit tantôt sans toux (gen. I, *Tabes*. —Étisie), tantôt avec de la toux et une expectoration purulente (gen. II, *Phthisis*). Je crois à propos de remarquer, au surplus, que, d'entre ces espèces du genre *Atrophia* de Sauvages, celles qui ont vraiment quelque droit d'être reconnues et légitimées en bonne nosographie doivent naturellement rentrer dans notre genre Anémie, genre ci-dessus étudié (162-9); et qu'en effet elles y rentrent toutes, hormis une seule, la quinzième et dernière (*Atrophia lateralis*. — Atrophie de la moitié du corps), laquelle appartient, bien et dûment, à la famille des atrophies, telles que nous les comprenons et les posons dans le présent chapitre.

726. *Synonymie*. — Asthénies nutritives (Roche et Sanson).—Oligotrophies (Barbier, d'Amiens): de Ὀλίγος, peu. Par un raffinement de précision, où il y a peut-être, dois-je le dire? plus de puritanisme que d'utilité réelle. Il est trop clair, en effet, que, dans les parties qu'on dit atrophiées, la nutrition, en règle générale du moins, est affaiblie, diminuée, mais non pas abolie et réduite à zéro.

727. *Siéges divers de l'atrophie*.—L'analogie, *à priori*, nous indique que toutes les parties du corps, tous les organes, tous les tissus sont susceptibles de devenir en proie à l'atrophie. Mais les parties qui présentent les exemples les plus ordinaires et les plus remarquables de ce vice de nutrition sont : les membres, les mamelles, le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, les reins, les testicules, — l'œil, après l'évacuation de ses humeurs, par maladie, par accident traumatique, ou par ponction chirurgicale, — la glande parotide, par suite de la compression prolongée qu'elle vient à subir en cas de tumeurs volumineuses développées dans son voisinage, etc., etc. On a vu quelquefois l'atrophie occuper en totalité une moitié latérale du corps. Invoquons, entre autres autorités, la Nosologie de Sauvages (*loc. cit.*). Dans le marasme, cet état si commun à rencontrer, ce symptôme de tant et tant de

maladies différentes; dans le marasme, dirons-nous, que les anciens envisageaient comme une atrophie universelle, la vérité est que, pour la grande majorité des cas, au moins, une semblable qualification ne doit pas du tout être entendue à la lettre : le défaut de nutrition atteint alors principalement, si ce n'est même exclusivement, le système cellulo-adipeux et le système musculaire; les viscères, notamment les viscères parenchymateux, ne participent que peu ou point à la diminution générale du corps; parfois même le marasme est, en effet, lié à l'hypertrophie de quelque viscère important, — à l'hypertrophie du cœur, par exemple, ou bien à l'hypertrophie de la rate.

728. *Symptomatologie.* — Toutes les fois qu'un organe est frappé d'atrophie, il va sans dire que ses fonctions s'affaiblissent, ou même se trouvent annihilées, suivant le degré de rapetissement où cette atrophie le réduit. De là, en règle générale, la mort ou une infirmité (26) : car une atrophie, une fois confirmée et vraiment digne de son nom, est presque toujours incurable. Tel viscère, à raison de sa haute importance physiologique, n'a besoin que d'un très faible degré d'atrophie pour mettre la vie en péril. Tel autre organe, au contraire, dont les fonctions, d'ailleurs plus ou moins précieuses, ne sont point essentielles au salut de l'économie animale, peut tomber dans l'atrophie la plus complète, sans compromettre le moins du monde les jours de la personne ainsi atteinte, mais même sans la troubler dans la possession d'une bonne et brillante santé, en un mot, sans lui infliger rien autre chose qu'une imperfection plus ou moins déplorable sous le rapport de l'intégrité organique, de la force ou de la beauté.

729. *Etiologie.* — Les causes principales qui peuvent déterminer l'atrophie d'un organe donné sont les suivantes : inflammation aboutie à suppuration, ou bien incomplétement résolue, de manière que l'organe ait perdu les conditions de texture qui lui sont nécessaires pour l'accomplissement de son office physiologique; compression prolongée de cet organe, soit par le fait d'une tumeur, soit par un épanchement, soit de quelque autre façon; compression, ligature, ou oblitération quelconque de la principale artère qui doit naturellement fournir le sang à l'organe donné; interruption plus ou moins complète de l'innervation, soit par compression, ligature ou section des nerfs qui sont destinés à animer l'organe, soit par suite d'une affection particulière des centres nerveux; suspension trop longtemps continuée des actes physiologiques à l'accomplissement desquels la nature a voué l'organe (ainsi, par exemple, les membres inférieurs s'atrophient chez les hommes de cabinet qui ne marchent pas, ou qui passent leurs journées entières dans un fauteuil ou une voiture; les testicules, chez les hommes qui observent exactement le vœu de continence). De ce qui précède, il résulte évidemment

que l'atrophie d'un organe doit être, le plus souvent, une affection symptomatique et deutéropathique. Mais, quelquefois aussi, c'est véritablement une affection protopathique, notamment lorsqu'elle est le résultat de l'inaction à laquelle un organe se trouve condamné par le genre de vie et la profession de l'individu.

730. Après les considérations générales qui précèdent, je ne crois point à propos de considérer en particulier et une à une toutes les atrophies des divers organes de l'économie. La plupart sont peu importantes à étudier. Je me bornerai donc à esquisser en peu de mots, dans les articles qui vont suivre, celles que voici : 1° l'atrophie encéphalique; 2° l'atrophie des membres; 3° l'atrophie hépatique; 4° l'atrophie pulmonaire; 5° l'atrophie cardiaque; 6° enfin, l'atrophie testiculaire.

ARTICLE II.

ATROPHIE ENCÉPHALIQUE.

731. *Bibliographie.* — LALLEMAND. — (*Recherches anatomico-path. sur l'encéph.*) Voir la lettre VIII, et notamment p. 221 et suiv. (*Destruction cérébrale chez le fœtus.*)

CAZAUVIEILH. — *Recherches sur l'agénésie cérébrale et la paralysie congéniale.* (Dans les *Archives*, mai et juin 1827.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison V, planche 4 et 5 (*Idiotie par atrophie générale ou partielle du cerveau*); — livraison VIII, pl. 5, *Hémiplégie droite incomplète, facultés intellectuelles ordinaires, atrophie sans lésion organique de l'hémisphère gauche du cerveau* (Observation communiquée avec la pièce anatomique, par M. Guéneau de Mussy); — livr. XVII, pl. 1re, *Atrophie des circonvolutions.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, t. V) Livre II, ordre ve. *Observations sur l'atrophie des hémisphères cérébraux.* — (p. 596-611).

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, t. II, p. 139-48). — Article *Cerveau* (*Atrophie du*).

CALMEIL. — (Dans le *Répertoire*, t. XI.) — Article *Encéphale*, § IX, *Agénésie de l'encéphale.* — (p. 598-605).

732. *Un mot sur une question de synonymie, à savoir, ce que vaut la distinction faite entre l'atrophie et l'agénésie de l'encéphale.* — Quelques auteurs, et notamment M. Cazauvieilh, ont particulièrement insisté pour établir une distinction formelle, et en quelque sorte classique, entre l'atrophie proprement dite de l'encéphale, d'une part, et l'agénésie du même viscère, d'autre part : Si l'encéphale, disent-ils, devient en totalité, ou dans l'une quelconque de ses parties, moindre de

ce qu'il était auparavant, en d'autres termes, si, du volume naturel où il était parvenu, il se réduit à un volume plus petit, voilà l'atrophie ; si, d'autre part, l'encéphale éprouve chez le fœtus un arrêt de développement, s'il reste en totalité ou en partie dans une sorte d'état rudimentaire, voilà l'agénésie. Assurément cette distinction ne laisse pas que d'avoir à un certain point de vue, à un point de vue plus théorique que pratique, sa raison et son fondement. Mais, après tout, par exemple, lors même que la petitesse excessive de l'un des hémisphères cérébraux est un vice congénial, est-il d'abord permis de décider affirmativement que c'est là un pur et simple arrêt de développement, et qu'il n'y a pas eu là, par l'effet de quelque maladie, une décroissance atrophique de l'organe, accident, à coup sûr, tout aussi naturellement possible dans la vie fœtale que dans la vie extrà-utérine ? Et, de plus, dans le cas, théoriquement vrai sans nul doute, mais, après tout, pratiquement impossible à reconnaître, où le cerveau, une fois parvenu à un certain volume, à un certain point de son évolution naturelle, s'est arrêté là sans rétrograder, qu'est-ce autre chose, à parler véritablement, qu'un arrêt de nutrition ? L'accroissement des organes n'est, au fond, qu'un mode particulier de la nutrition. Aussi M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, notre guide et notre législateur en fait de tératologie (24), n'a-t-il pas cru devoir choisir d'autre terme que celui d'atrophie pour qualifier les hémitéries qui consistent en ce qu'un organe a un volume beaucoup moindre que ne le comporte le type normal (*Hist. des anomalies*, IIe partie, liv. Ier, chap. 4.). Voilà pourquoi, en définitive, et tout bien délibéré, nous allons embrasser à la fois, dans les considérations qui vont suivre, l'atrophie encéphalique *acquise*, comme on dit en termes d'école (97. A. 6.), et l'atrophie congéniale, celle-ci étant, disons-le sur-le-champ, la plus intéressante, la plus remarquable, et, par conséquent, devant surtout servir de base à l'aperçu que je m'en vais tracer.

733. *Diverses espèces d'atrophie encéphalique sous le rapport du siége.* — Des différentes parties de l'encéphale, il n'en est peut-être aucune dont l'atrophie isolée et spéciale ne se soit offerte à l'observation nécroscopique. On a constaté : 1° celle des hémisphères cérébraux, ou de l'un d'eux seulement, ou d'un lobe unique, ou bien même de quelques circonvolutions ; 2° celle des couches optiques et des corps striés, les hémisphères ayant leur volume et leurs circonvolutions suivant le type normal ; 3° celle du cervelet ou d'un de ses lobes, du mésocéphale, des tubercules quadrijumeaux, etc., etc. Le cas le plus commun est l'atrophie totale ou partielle des hémisphères.

734. *Symptomatologie.* — A. Pour ce qui est, d'abord, de la configuration extérieure du crâne en cas d'atrophie congéniale de la totalité

ou d'une notable partie de la masse encéphalique, disons qu'en général cette configuration se montre alors irrégulière et difforme. Le crâne peut présenter un défaut de volume, un manque de proportions, en exacte correspondance avec l'atrophie du viscère; il peut présenter, par exemple, un aplatissement plus ou moins bizarre vers les pariétaux, vers le frontal et l'occipital, ou bien, ce qui est plus commun, une inégalité manifeste et choquante de l'une de ses moitiés latérales. D'autres fois, pourtant, gardons-nous de l'oublier, il peut encore être bien conformé, quoiqu'avec une atrophie considérable d'un hémisphère cérébral, ou même avec absence complète des deux hémisphères.

B. Quant aux vices fonctionnels qui se trouvent liés à l'atrophie encéphalique, les voici, en prenant, je le répète, pour type de notre description les individus chez lesquels cette atrophie est congéniale. La sensibilité tactile, chez quelques uns de ces malheureux, est imparfaite, engourdie, obtuse, mais n'est presque jamais totalement abolie; et, d'ordinaire, cette anesthésie incomplète n'existe que d'un seul côté du corps. Quelquefois, mais rarement, il y a quelque imperfection grave des sens spéciaux: surdité à divers degrés, troubles de la vue, absence du goût ou de l'odorat. Presque toujours le moral reste au-dessous des conditions ordinaires de l'humanité: ainsi la mémoire est infidèle, l'intelligence courte et bornée; de telle sorte que ces pauvres enfans n'apprennent qu'à grand'peine à lire et à travailler, si tant est même qu'ils n'en soient pas entièrement incapables; tantôt une apathie stupide et que rien n'émeut, tantôt un naturel violent et colère, un caractère absurdement inégal, une brutalité effrénée des passions. En un mot, la plupart des sujets atteints d'atrophie encéphalique dans un degré tant soit peu considérable sont idiots; mais, il faut le dire, il y a des exceptions, et qui sont même de nature à surprendre: ainsi, par exemple, le sujet d'une des observations ci-dessus citées de l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier avait joui d'une intelligence ordinaire, quoique avec une atrophie excessive de l'hémisphère gauche. Mais le symptôme le plus constant, le symptôme qui ne fait défaut que très rarement dans l'atrophie encéphalique, c'est la paralysie. Ainsi, l'on rencontre une paralysie plus ou moins complète des quatre membres, ou d'une moitié latérale du corps, ou d'un seul membre, suivant, sans nul doute, le siége, l'étendue et le degré de l'altération cérébrale. Ai-je besoin de dire que l'hémiplégie, plus fréquente, suivant M. Cazauvieilh, à gauche qu'à droite, occupe toujours les membres du côté opposé à l'hémisphère atrophié? Comme exemple fort remarquable d'une hémiplégie incomplète, quoique avec une atrophie excessive d'un hémisphère, nous citerons encore la même observation de M. Cruveilhier; l'homme qui en est le sujet pouvait marcher à l'aide d'un bâton

M. Cruveilhier, — pour se rendre compte d'un tel fait, en opposition avec les hémiplégies complètes qui se maintiennent sous l'influence d'altérations cérébrales bien moindres en apparence, consécutivement, par exemple, à une hémorragie intrà-encéphalique, — invoque ingénieusement, et d'une façon assez plausible, l'intégrité supposée intacte des fibres du cerveau, atrophiées, il est vrai, mais qui n'avaient point subi de compression, ni n'avaient été interrompues dans leur continuité. Ajoutons, enfin, que beaucoup de ces idiots paralytiques sont aussi en proie à des accès plus ou moins fréquens d'épilepsie; et qu'au nombre des symptômes qui se rencontrent quelquefois dans l'atrophie encéphalique, il importe encore de signaler le strabisme, l'embarras de la parole, les rétractions (46. C.) des membres paralysés.

C. N'oublions pas de remarquer, comme un trait des plus caractéristiques dans l'habitude extérieure du sujet, que les membres paralysés par le fait de l'atrophie encéphalique sont eux-mêmes atrophiés, et, partant, plus ou moins difformes.

Il va sans dire que l'atrophie encéphalique est un mal indestructible; mais elle ne laisse pas que d'être compatible avec la prolongation indéfinie de l'existence. S'il est vrai de dire que les individus nés avec un tel vice de conformation meurent presque tous dans le cours de l'enfance et de la jeunesse, on en a vu, il faut aussi le dire, qui sont parvenus à une vieillesse avancée; on en a vu de septuagénaires. Au surplus, en règle générale, ces individus ne succombent point par le cerveau, mais meurent d'une maladie de quelque autre organe. Ainsi, par exemple, pour citer encore une fois, sous ce nouveau rapport, l'observation sus-mentionnée de M. Cruveilhier, ce fut une hypercardiotrophie, une hypertrophie du ventricule gauche, qui vint emporter avant le temps le malheureux paralytique dont l'infirmité existait toujours au même degré depuis la plus tendre enfance, ou, pour mieux dire, était pour lui de date immémoriale.

735. *Quelques détails d'anatomie pathologique.* — Tantôt l'encéphale présente encore, dans la partie même où il est atrophié, l'aspect, la consistance et tous les caractères qui sont propres au parenchyme nerveux; tantôt, au contraire, on ne retrouve plus, à la place de la substance nerveuse, qu'un tissu cellulaire plus ou moins lâche, ou bien un kyste séreux, autre cas assez souvent rencontré par les observateurs, notamment au défaut des couches optiques et des corps striés : voilà ce que c'est que l'atrophie portée à son extrême degré.

Lorsque, avec une atrophie encéphalique congéniale d'une étendue considérable, existe une conformation régulière du crâne, l'autopsie fait voir que la poche formée par la dure-mère a aussi sa capacité normale, mais qu'un liquide séreux tient là-dedans le vide laissé par le cerveau.

Tantôt ce liquide ne représente pas autre chose qu'un épanchement dans la grande cavité de l'arachnoïde ; tantôt, au contraire, il est contenu et comme isolé dans un kyste particulier, qui est adhérent au parenchyme même de l'encéphale.

C. Pour ce qui est de l'atrophie des membres paralysés chez les sujets dont le cerveau s'est atrophié dès avant la naissance, ou dans les premiers temps de la première enfance, M. Cazauvieilh, qui a étudié avec soin et à l'aide de nombreuses dissections ce point d'anatomie pathologique, nous apprend que, dans ces membres-là, l'atrophie est commune à tous les tissus, à tous les organes. Ce ne sont pas seulement les muscles qui se trouvent amincis et réduits à un état rudimentaire ; mais les os eux-mêmes sont plus courts et plus grêles que ne le veut l'anatomie normale.

736. *Étiologie* — Dans tout le cours de la vie extrà-utérine, il ne paraît pas, tel est du moins mon sentiment, que l'atrophie encéphalique puisse se produire autrement qu'à titre d'affection deutéropathique, autrement qu'à la suite de quelque vice matériel grave, qui soit propre au parenchyme même de l'encéphale, comme, par exemple, l'hypérémie encéphalique chronique (184. C. — et 186. B.), l'hémorragie intrà-encéphalique (249-63), l'encéphalite (619), etc., — ou bien qui soit de nature à exercer une compression sur ce viscère, comme, par exemple, un fongus de la dure-mère, un épanchement de sang à l'intérieur du crâne, etc., etc. Mais en est-il toujours de même pendant la vie intrà-utérine? Faudra-t-il admettre, par exemple, avec M. Lallemand (*loc. cit.*), que l'atrophie congéniale de l'encéphale, dans toutes ses formes, dans tous ses degrés, doive être imputée à une encéphalite, dont les traces caractéristiques peuvent très bien avoir disparu, sous l'influence d'une absorption plus complète que dans les cas ordinaires, supposé, surtout, que le mal soit advenu à une époque voisine de la conception? Cette manière de voir est, assurément, trop absolue et trop exclusive. Tout au plus la regarderons-nous comme vraie pour quelques cas seulement. Mais ce qui me semble impossible à nier, c'est que, dans un certain nombre de cas, l'atrophie encéphalique congéniale doit être un vice primordial, un pur et simple arrêt de développement, un effet de je ne sais quelle inertie mystérieuse de la force plastique.

737. *Diagnostic.* — L'atrophie encéphalique congéniale n'est guère facile à diagnostiquer que lorsque le sujet compte déjà quelques années d'existence. Les circonstances où l'altération des puissances musculaires s'est fait apercevoir, l'aspect des membres atrophiés, raccourcis, et parfois dans un déplorable état de rétraction (46. C.), l'imbécillité ou un complet idiotisme, et, avec tout cela, la régularité presque constante des

fonctions nutritives (digestion, respiration, circulation, etc.); en voilà assez pour appuyer et pour fixer nos conjectures, et pour reconnaître la vérité par voie d'exclusion, l'esprit éloignant à l'instant, en pareille circonstance, l'idée d'une encéphalite, d'un abcès, d'une tumeur intrà-crânienne, etc. Mais le diagnostic offre-t-il la même facilité, quand il s'agit d'un enfant à la mamelle, ou même d'un enfant un peu plus grand, à l'âge des premiers essais pour se tenir debout et pour marcher? Si cet enfant a présenté en venant au monde une atrophie manifeste d'un ou plusieurs membres, la question est aussitôt jugée. Mais il n'en est pas ainsi, lorsque les parens ne s'aperçoivent que plusieurs semaines, plusieurs mois après la naissance, de la faiblesse dont un côté du corps est atteint, et lorsque l'atrophie des membres s'effectue graduellement. Car il est bien clair que ces mêmes accidens pourraient être produits par le développement de quelque autre affection de l'encéphale, comme, par exemple, une tuberculisation, un abcès, etc. En pareil cas, il convient de suspendre son jugement, jusqu'à ce que l'enfant ait pris quelques années de plus. Alors, si la santé générale paraît bonne, si l'intelligence ne se développe pas et reste toujours dans un degré infime, si l'hémiplégie se dessine davantage, si l'inégalité des deux moitiés latérales du corps va se prononçant de plus en plus au fur et à mesure de la croissance, on peut alors, je le répète, croire, avec une grande probabilité, à l'existence d'une atrophie encéphalique. Néanmoins, encore une fois, soyez fort réservé pour proclamer irrévocablement un si triste diagnostic, pour déclarer la fatale incurabilité du mal. En effet, beaucoup d'enfans d'un tempérament phlegmatique très prononcé, et à plus forte raison lorsqu'ils sont décidément scrofuleux, ont, suivant une expression vulgairement usitée, les reins faibles, marchent tard, restent pendant longtemps maladroits, vacillans, et sujets à de fréquentes chutes; et si, outre cela, leur parole éprouve du retard à se développer, on peut concevoir, avec quelque apparence de raison, des craintes sérieuses sur l'état de leur cerveau : cependant on voit leur intelligence grandir petit à petit, leur attitude et leur marche devenir de plus en plus ferme, et ils finissent par rentrer dans les conditions communes des autres enfans de leur âge.

738. *Thérapeutique.* — Entièrement nulle, ou consistant tout au plus dans l'emploi de quelques secours palliatifs, selon les circonstances particulières du cas, qui par essence est toujours, comme on le sait déjà, inguérissable. Voyez plus tard, au surplus, l'article *Idiotisme* en *Nosographie symptomatique*, pour l'éducation dont bien des idiots sont encore susceptibles.

ARTICLE III.

ATROPHIE DES MEMBRES.

739. *Notion sommaire.* — L'atrophie d'un membre est décidément confirmée, quand il y a une diminution telle des masses musculaires que ce membre en est disgracieusement, si ce n'est même hideusement grêle, et se trouve réduit à une impotence complète, ou du moins à une faiblesse excessive. Cette atrophie est toujours l'effet de quelque autre affection, sous l'influence de laquelle elle survient et se développe à titre d'affection symptomatique. Ainsi, par exemple, nous venons de la signaler, dans l'article précédent, comme un des symptômes les plus importans et les plus caractéristiques de l'atrophie encéphalique. Mais, dans d'autres circonstances, elle survit au mal primitif qui l'a produite; en un mot, après avoir été symptomatique dans le principe, elle peut être ensuite idiopathique (97. D.), et réclamer quelques moyens particuliers de traitement. C'est pourquoi j'ai cru devoir consacrer à l'atrophie des membres un article spécial, qui sera d'ailleurs fort court.

740. *Aperçu étiologique.* — Les causes principales de l'atrophie des membres sont les suivantes :

1° Défaut d'influence nerveuse. — Soit par suite d'une affection grave du centre encéphalo-rachidien, comme par exemple, une hémorragie intrà-encéphalique (249-63), une hémorragie intrà-rachidienne (264), une encéphalite ou une myélite chronique (619. C. γ. — et 624. E. 6.), une atrophie encéphalique (732-5), une compression prolongée de l'encéphale ou de la moelle par une tumeur quelconque, etc. — Soit enfin par une lésion ou une affection spéciale des nerfs principaux qui sont destinés à animer le membre, c'est-à-dire par la section ou la ligature de ces nerfs, et par le fait d'une névralgie longtemps persistante; c'est ainsi, par exemple, que l'on voit souvent le membre abdominal s'atrophier dans la sciatique chronique. C'est sans doute, aussi, à une altération particulière des cordons nerveux qu'il faut attribuer certaines atrophies dont un membre peut se trouver affecté à la suite d'une compression violente, à la suite de contusions graves qui, sans luxation, sans fracture, produisent sur-le-champ un profond et opiniâtre engourdissement.

2° Insuffisance de l'afflux sanguin pour la nutrition; comme, par exemple, lorsque l'artère principale d'un membre est comprimée par une tumeur, ou lorsqu'elle a été liée pour cause d'anévrisme.

3° Inaction complète et prolongée des muscles. Ainsi les membres subissent-ils un certain degré d'atrophie dans la plupart des cas de fracture et de luxation, en raison de l'immobilité forcée à laquelle ils se trouvent alors condamnés. Ainsi en est-il, à plus forte raison, dans les

cas de luxations non réduites, ou bien de fractures qui ne se consolident pas et qui aboutissent à la formation d'une articulation contre nature. Ainsi en est-il à la suite de ces grandes dilacérations qui ont intéressé muscles, tendons et ligamens, ont voulu un long et absolu repos, ont entraîné une abondante et opiniâtre suppuration, et après la guérison desquelles le membre n'a pu recouvrer tous les mouvemens qui lui sont naturels, ni surtout la pleine et entière liberté de les exécuter dans toute leur étendue normale. Ainsi en est-il après les phlegmons vastes et profonds qui décollent la peau, dissèquent les muscles et produisent d'éternelles suppurations. Ainsi en est-il encore pour les membres perclus de goutte ou de rhumatisme, pour les membres atteints de ce qu'on nomme une tumeur blanche, etc. Sans doute, dans les cas qui précèdent, on doit souvent, outre la fâcheuse et incontestable influence du repos, accuser encore quelques autres causes, telles que la compression exercée par les bandages, l'abondance même de la suppuration, et peut-être aussi la participation des nerfs au travail pathologique dont un membre est devenu le siége. Quoi qu'il en soit, c'est particulièrement dans ces cas-là, il est bon de le remarquer, qu'on voit l'atrophie persister idiopathiquement après la guérison particulière du mal primitif qui a entraîné ce vice de nutrition; et c'est, par conséquent aussi, dans ces cas-là, qu'un traitement spécial peut être, avec succès, dirigé contre l'atrophie même dont il est question.

741. *Thérapeutique.* — Toutes les fois que l'atrophie d'un membre se montre et persiste à titre symptomatique, il est évident que le point vraiment important doit être de traiter et de guérir, si c'est possible, le mal dont elle est le symptôme. Mais quand l'affection protopathique a cessé d'exister, quand on est en droit de penser que l'atrophie du membre n'est plus rien qu'un mal local et idiopathique, on doit attaquer et combattre cette atrophie par divers moyens de traitement qui, en pareille circonstance, réussissent quelquefois, et dont voici les principaux :

Exercice méthodique du membre atrophié, dans la juste mesure que comporte la puissance restée à ce membre, ou qui lui sera acquise au fur et à mesure des progrès de la cure.

Frictions avec une brosse, ou avec des flanelles sèches et chaudes.

Linimens alcooliques, ammoniacaux, camphrés, etc.

Onctions avec la moelle de bœuf, avec le baume nerval, ou autres pommades analogues.

Sinapismes, vésicatoires, moxas, promenés sur toute l'étendue de membre atrophié.

Bains locaux, préparés avec les tripes, ou la gélatine, avec le vin rouge, avec les eaux sulfureuses naturelles ou artificielles.

Douches de vapeur simple ou aromatique, ou bien avec les eaux thermales de différentes sortes.

Boues de Saint-Amand et autres boues minérales.

Immersion du membre dans le sang de bœuf à l'instant même où ce sang vient d'être tiré et a encore toute sa chaleur naturelle.

Électrisation.

Emploi des médicamens strychniques (132. G. δ.).

ARTICLE IV.

ATROPHIE HÉPATIQUE.

742. *Bref aperçu de l'atrophie hépatique.*— L'atrophie peut, comme de raison, affecter le foie en totalité,—ou partiellement, (ne rétrécir, par exemple, qu'un seul lobe ou qu'une portion de lobe.) Bornée à une étendue médiocre, l'atrophie du foie ne suffit pas par elle-même pour constituer un véritable état de maladie (18); mais lorsqu'elle va au point de produire, dans la masse entière ou presque entière de la substance hépatique, une diminution énorme et hors de toute proportion avec l'importance des fonctions que le foie est destiné à remplir, et qui ne consistent pas seulement, ainsi du moins le croyons-nous avec bien d'autres physiologistes, dans l'unique travail de la sécrétion biliaire, mais aussi, comme les anciens le professaient, dans une participation active au grand œuvre de l'hématose, à la formation et à l'élaboration du sang : alors, dis-je, l'atrophie hépatique parvenue à ce point ne peut manquer de porter une grave atteinte à la santé et de compromettre la vie.

Mais, alors même, l'atrophie hépatique a une symptomatologie des plus vagues, des plus obscures et des moins significatives. Dès le début du mal, le teint pâlit, le corps maigrit, les forces diminuent; quelquefois, mais pas toujours, la bradypepsie, ou la dyspepsie, dans ses diverses formes : voilà tout. Après un ou plusieurs mois de ce malaise indéfinissable et qu'on ne sait à quoi attribuer, une ascite apparaît et se développe : puis survient la fièvre hectique et enfin la mort. Pendant tout ce temps, rien de particulier du côté du foie, si ce n'est qu'on peut, en explorant l'hypocondre gauche à l'aide de la percussion, constater combien ce viscère se trouve rapetissé. D'ictère, jamais ou presque jamais : pas plus qu'il n'y a de douleur à l'hypocondre.

L'anatomie pathologique démontre que le foie atteint d'atrophie peut présenter, sous le rapport de son volume et de sa texture, les deux formes principales que voici : 1° Dans l'une de ces formes, qui est la plus ordinaire, il y a diminution de volume, diminution parfois excessive et qui, dans certains cas rares, réduit le foie à ne plus avoir que la

grosseur des deux poings, comme l'a vu Tulpius, ou même à peine celle d'un seul poing, comme l'a vu le célèbre Storck (Voyez une note sommaire de ces deux cas dans l'*Historia anatomico-medica* de Lieutaud, *lib.* 1, *observ.* 823, et *observ.* 574.). Le foie ainsi rapetissé n'en conserve pas moins, dans la grande majorité des cas, sa configuration naturelle, à moins, toutefois, que l'atrophie ne soit que partielle. La couleur de son tissu se trouve presque toujours plus pâle qu'à l'état normal ; elle est jaunâtre plutôt que rouge. La consistance est quelquefois naturelle ; quelquefois, au contraire, il y a induration ou ramollissement. 2° Il est une autre forme de l'atrophie hépatique : c'est l'*atrophie avec raréfaction*, ainsi que l'appelle M. Andral. Dans ce cas, le parenchyme du foie est comme raréfié ; il est plus poreux, et plus léger qu'à l'état normal ; il disparaît complétement en certains points, et y est remplacé par du tissu cellulaire. On comprend qu'en pareille circonstance le viscère ne perde pas plus son volume naturel que sa configuration. Il peut même avoir acquis un volume plus grand, mais toujours, comme de raison, avec diminution de poids. Fréquemment alors on rencontre dans le foie des kystes séreux, des hydatides, ou autres productions pathologiques.

Il est bon de remarquer que l'atrophie partielle du foie coïncide le plus souvent avec des calculs biliaires arrêtés dans les canaux qui proviennent de la partie atrophiée. L'atrophie n'est-elle pas là, évidemment, le fait consécutif à l'obstruction des canaux biliaires? La sécrétion de la bile, sans aucun doute, cesse de s'opérer là où l'excrétion s'en trouve impossible. C'est une des manifestations de cette loi physiologique qui fait qu'une partie s'atrophie par cela même qu'elle cesse de fonctionner (729).

L'atrophie générale du foie est aussi, dans certains cas, comme l'atrophie partielle, un effet consécutif à l'obstruction ou à l'oblitération des canaux qui vont en se réunissant former le canal hépatique. Et à bien plus forte raison a-t-elle lieu, si l'obstacle au cours de la bile existe dans ce canal même, et qu'ainsi le produit de la sécrétion hépatique n'ait plus d'issue, absolument aucune issue. Très souvent, en outre, l'atrophie du foie coexiste encore, à titre d'affection deutéropathique, avec d'autres vices anatomiques de ce viscère, tels que les kystes séreux, les poches hydatidifères, les tumeurs de diverse nature. Mais, dans d'autres cas, l'atrophie du foie existe seule, et à titre idiopathique, sans autre vice anatomique qui la complique et la puisse expliquer : et, en pareille circonstance, on ne peut guère dire quelles sont les causes de cette atrophie.

Le diagnostic de l'atrophie hépatique ne peut jamais être posé qu'avec le point interrogatif, ce signe heureusement mis en usage par les natu-

ralistes pour exprimer d'un seul trait le doute et la conjecture. Sur le vivant, on soupçonne cette maladie, on la devine; mais il n'est en aucune façon permis de la diagnostiquer avec une entière assurance. Alors même que le développement d'une ascite parfaitement isolée, sans œdème des membres inférieurs ni au début ni même dans une période avancée du mal, et avec dilatation extraordinaire des veines sous-cutanées de l'abdomen, accuse évidemment une gêne de la circulation du système de la veine porte, ce qui, dans l'immense majorité des cas, n'existe que par l'effet d'un état pathologique du foie; alors même qu'il est facile, avec cela, de constater par la percussion le petit volume de ce viscère, on ne saurait aucunement affirmer si c'est là une atrophie hépatique pure et simple, plutôt qu'une cirrhose, cette singulière hétérotrophie qui est propre au foie et que nous devons étudier plus bas dans le chapitre XIII. Il y a plus: attendu que la cirrhose est incomparablement plus fréquente que l'atrophie simple, on aura toujours raison de parier, s'il le faut, pour celle-là, et non pas pour celle-ci.

Quant au traitement de l'atrophie hépatique, comme de toute affection qui reste inaccessible au diagnostic, qu'y a-t-il à en dire, si ce n'est que les indications, en pareil cas, se réduisent à prescrire une médecine symptomatique, et à tenter quelques essais, dans lesquels on doit persévérer ou que l'on doit laisser de côté suivant les effets obtenus, suivant la maxime thérapeutique: *A juvantibus et lædentibus* (114. E., — et H.)?

743. *Un mot, à titre d'appendice, sur l'atrophie de la vésicule biliaire* — Si je consacre quelques lignes à l'atrophie de la vésicule biliaire, vice anatomique qu'il n'est pas très rare de rencontrer dans les investigations nécroscopiques, mais à l'égard duquel aucun auteur, que je sache, n'a essayé d'indiquer ce qu'il en peut résulter de trouble dans la santé, et sur quels symptômes il serait, à la rigueur, permis d'aventurer un diagnostic conjectural et problématique, — c'est que je retrouve, dans les notes de ma pratique, une observation qui me paraît propre à fournir quelque lumière sur ce point passé sous silence par mes devanciers. Je n'ai assurément pas la prétention de combler cette lacune de la science; mais enfin, j'y apporte ma pierre.

Voici donc le fait:

Clara Pichon, couturière, âgée de trente-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, le 30 juillet 1840 (internat de M. Charles Léger), salle Sainte-Cécile, n° 18. Cette femme n'était malade que depuis peu de temps: elle avait même eu ses règles comme à l'ordinaire, quelques jours avant d'entrer à l'hôpital. Elle était en proie à des VOMISSEMENS BILIEUX, qui se renouvelaient plusieurs fois par jour. Langue jaunâtre, goût amer à la bouche, inappétence. Pas de fièvre. Point de tumeur

appréciable dans la région de l'épigastre, ni dans les hypocondres. Un peu d'épigastralgie, manifeste surtout à la pression. — Malgré les sangsues à l'épigastre, malgré les frictions avec la pommade stibiée, malgré l'eau de Vichy, la glace, la potion anti-émétique de Rivière, etc., etc., les vomissemens persistent pendant cinq semaines. Point d'alimentation possible. Amaigrissement progressif. Fièvre hectique. Mort, le 12 septembre.

Autopsie. Estomac sain; foie sain; oblitération du conduit cystique; vésicule biliaire revenue sur elle-même, parfaitement blanche à l'extérieur et à l'intérieur : la cavité en était réduite à ne contenir qu'à peine le petit doigt; elle était vide, sauf une concrétion granuleuse, jaunâtre, aisément friable, à l'entrée du conduit cystique; c'était là, à ce qu'il me sembla du moins, le résidu solide de la bile cystique, dont les parties liquides avaient été résorbées.

Eh bien, maintenant, n'est-on pas en droit, d'après ce fait et en s'appuyant d'ailleurs sur les lois de la physiologie, de considérer ces vomissemens opiniâtres de bile comme le symptôme naturel de cette altération de la vésicule? La bile continuellement sécrétée par le foie, — ne pouvant plus refluer et s'accumuler dans ce réservoir, comme c'est la règle pendant tout le temps qu'elle n'a aucun office à remplir dans l'intestin, — affluait à tout instant dans le duodénum, et, par sa présence inopportune, en provoquait les mouvemens antipéristaltiques. De là, les vomissemens, et, par suite, le dérangement d'estomac, la perte d'appétit, l'impossibilité de la digestion, et la mort par inanition.

Quoi qu'il en soit, la vésicule atrophiée peut être réduite, ainsi que les auteurs nous l'apprennent, à des dimensions encore plus petites que celles que j'ai vues moi-même dans le cas ci-dessus relaté : — au volume d'une noisette, par exemple. Ses parois, en pareille occurrence, sont flétries, amincies ou mollasses, ou bien indurées, complétement fibreuses, ou cartilagineuses, voire même ossifiées. Presque toujours, il reste encore une petite cavité, remplie par du mucus, ou par un résidu liquide ou concret de bile, ou bien par un ou plusieurs calculs de cholestérine.

Cette atrophie, dans la presque universalité des cas, paraît évidemment reconnaître pour cause déterminante l'oblitération du canal cystique, oblitération généralement due à un calcul qui obstrue ce canal, et même, d'ordinaire, en enflamme la surface interne de manière à la faire adhérer à elle-même dans tout son contour : la bile, dès lors, ne pouvant plus refluer dans son réservoir, celui-ci va se resserrant, se rapetissant, s'atrophiant de plus en plus, conformément à la loi physiologique qui veut qu'avec la cessation de l'office fonctionnel d'un organe l'activité de la nutrition cesse pareillement d'exister là au même degré qu'auparavant (729). On comprend alors fort bien, au surplus, que,

sans l'intervention d'un calcul, une inflammation en quelque sorte spontanée de la vésicule et du canal cystique puisse, quelquefois aussi, aboutir au même résultat définitif.

ARTICLE V.

ATROPHIE PULMONAIRE.

744. *Bref aperçu.* — Le poumon est du nombre des organes qui ont, pour ainsi dire, le privilége de ne point diminuer de volume, au moins d'une manière manifeste et appréciable, sous l'influence de l'amaigrissement général et du marasme. Il ne paraît susceptible de s'atrophier que par l'effet d'une compression prolongée.

Or, tantôt la cause de compression existe à l'extérieur du poumon, et agit sur la périphérie de ce viscère par une surface plus ou moins étendue. Tantôt elle est intérieure, et consiste dans le développement de productions accidentelles plus ou moins nombreuses, qui ne se font place qu'en pressant et en refoulant le parenchyme pulmonaire.

Ainsi, par exemple, en ce qui concerne le premier cas, les épanchemens hémorragiques, séreux, et surtout purulens, qui se produisent dans la plèvre, compriment et repoussent le poumon contre le médiastin, vers lequel, en certains cas, on retrouve ce viscère tout-à-fait aplati, et pour ainsi dire écrasé sous forme d'une lame moins épaisse quelquefois de moitié que la main du sujet. Après la résorption des épanchemens pleurétiques moins considérables, le poumon, devenu d'ordinaire adhérent à la plèvre costale, ne reprend presque jamais, comme on l'a déjà vu à l'article *Pleurésie* (585. F. δ.—et 587. A. ϵ.), son volume primitif, même lorsque la respiration s'est rétablie de la manière la plus parfaite. Quelquefois même, en pareille circonstance, il conserve irremédiablement un degré d'affaissement et de compacité tel que la respiration ne s'y opère qu'imparfaitement ; et la personne reste désormais, pour toute sa vie, sujette à une dyspnée plus ou moins considérable, qui constitue, par conséquent, un genre particulier dans la grande catégorie de ce que nous appelons infirmités (26).

Quant au second cas invoqué pour la pathogénie de l'atrophie pulmonaire, Laënnec pense (t. I, p. 288) qu'on ne peut pas non plus en méconnaître la réalité. Bien des fois, en effet, il arrive à l'anatomo-pathologiste de trouver des poumons dont la substance, toute parsemée et comme farcie de tubercules, n'a véritablement, dans les intervalles restés exempts de tuberculisation, rien qui indique qu'elle ait été condensée et refoulée sur elle-même. Et, bien plus, il paraît que ces poumons, loin d'occuper un plus grand espace à raison d'un si énorme dépôt de matière tuberculeuse, en deviennent, au contraire, moins vo-

lumineux : de sorte que si le poumon droit, par exemple, contient beaucoup plus de tubercules que le gauche, il aura presque toujours un volume moindre. Il est donc naturel de professer que cette diminution de volume du poumon, très souvent bien réelle et bien évidente malgré la quantité considérable de productions accidentelles qui se sont surajoutées au parenchyme de ce viscère, suppose un défaut d'assimilation, ou un excès de désassimilation, peut-être l'un et l'autre, et par conséquent une véritable atrophie. Mais, d'autre part, pourquoi ne serait-il pas permis de croire qu'il n'y a là qu'un affaissement, qu'une oblitération des vésicules, et que cette atrophie apparente du poumon est due uniquement à ce qu'il y existe une moindre quantité d'air?

ARTICLE VI.

ATROPHIE CARDIAQUE.

745. *Bibliographie.* — BONET. — (*Sepulchretum*) Lib. IV, sect. XII, observ. 7, § 1, *Hominis ferocissimi cor pusillum ac durissimum.* (D'après Riolan, *Anthropographia*, lib. III, cap. XII : *In quodam nebulone ferocissimo, qui, dum virgis à carnifice cæderetur, lictoris subsannantis ensem arripuit, eumque vulnere perfodit, deprehendi cor pusillum admodùm et durissimum instar cartilaginis, ut nullum unquàm viderim solidius*).

STALPART VAN DER WIEL. — Centur. I, observ. 37. — Cœur aplati, réduit aux dimensions d'une poire de moyenne grosseur, et adhérent avec le péricarde (évidemment, par suite de péricardite).

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) Epist. LXX, art. 5 — 6. — Cas d'un portefaix d'une cinquantaine d'années, à l'autopsie duquel le cœur fut trouvé aussi petit que celui d'un enfant.

SENAC. — (*Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies.* Paris, 1783, 2 vol. in-4°). Livre VI, chap. VIII, *Du volume qui diminue ou qui augmente dans les ventricules du cœur ou dans les oreillettes*, — § Ier, *Le volume du cœur peut diminuer et causer divers accidens par sa petitesse.*

LIEUTAUD. — (*Histor. anatomico-med.*) Lib. II, sect. II, art. 2, *Cor marcidum et exiguum.* (Lisez particulièrement les observations rapportées sous les nos 448, 449 et 453, observations que l'auteur nous donne comme lui ayant été fournies par sa propre pratique, et dans la dernière desquelles, notamment, il est fait mention d'un cœur moindre de moitié qu'un cœur ordinaire. — Voir aussi, même livre, observ. 702 et 707, deux exemples d'atrophie cardiaque à la suite de péricardites terminées par une adhérence intime du cœur avec le péricarde).

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*) IIIe part., sect. II, chap. 10, *De l'atrophie du cœur*.

BOUILLAUD. — Ouvrage déjà cité, t. II, p. 593 — 601 (*Atrophie du cœur*).

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, t. II, p. 320 — 2). — Art. *Cœur* (*Anémie et atrophie du*).

PIGEAUX. — Ouvrage déjà cité, p. 429 — 44. (chapitre ayant pour titre : *Atrophie des parois du cœur et diminution du volume de cet organe.*)

ARAN. — Ouvr. cité, IIe partie, IIe classe, chap. II, *Atrophie du cœur.*

746. *Aperçu général de l'atrophie cardiaque.* — Communément, quand on parle de cœur atrophié, une telle qualification ne s'emploie qu'autant que le viscère se présente avec un volume beaucoup plus petit que son volume normal. Et toutefois, à parler rigoureusement, pour un muscle creux tel que le cœur, l'atrophie, toute réelle, toute considérable qu'elle peut être dans l'épaisseur même des parois, n'implique pas du tout la nécessité d'un rapetissement dans l'apparence générale de l'organe ; pas plus que la diminution de volume n'implique la réalité de l'atrophie, le cœur pouvant très bien, comme cela se conçoit sans peine, se trouver rapetissé même avec un certain degré d'hypertrophie concentrique (716), dans quelques cas, qui à la vérité, il faut le dire, sont fort rares. Il y a plus encore, l'atrophie cardiaque n'est même pas incompatible avec la dilatation, avec l'état anévrismatique.

Bref, l'atrophie cardiaque ne consiste essentiellement que dans la diminution réelle de la substance musculaire, diminution assez souvent rendue évidente par l'amincissement extraordinaire des parois ventriculaires, et qui peut, au besoin, et en cas de doute, être incontestablement établie par la constatation du poids, devenu très inférieur au poids normal.

C'est donc avec raison que M. Bouillaud pose, en ce genre, les trois espèces que voici :

A. Première espèce : Atrophie simple, c'est-à-dire, sans rétrécissement ni dilatation des cavités.

B. Deuxième espèce : Atrophie excentrique, c'est-à-dire, amincissement des parois, et, en même temps, agrandissement des cavités. Le volume total du cœur est plus considérable qu'à l'état normal, mais le poids est moindre. En d'autres termes, c'est l'atrophie avec dilatation, ainsi que disent la plupart des médecins ; c'est la *cardiectasie atrophique* d'Alibert, genre cité plus haut (716), espèce 2e ; c'est l'*anévrisme*

passif de Corvisart, en ce qui concerne du moins l'immense majorité des cas que l'on rangeait sous ce titre, car la simple dilatation des cavités sans atrophie ou sans hypertrophie est bien plutôt, je dois le dire, une vue théorique qu'un fait d'observation réelle. Peut-être, donc, le mieux serait-il d'exposer complétement, dans le présent article, l'histoire de l'espèce en question, de l'atrophie anévrismatique, comme je serais pour ma part très disposé à la qualifier. Peut-être les justes exigences d'une saine et régulière nosographie le voudraient-elles ainsi. Mais, puisque les auteurs spéciaux en fait de pathologie cardiaque ont jusqu'ici consacré l'usage de considérer la dilatation du cœur comme une sorte d'objet à part, je crois à propos d'obéir à la coutume régnante, et je me réserve, par conséquent, de traiter ce point dans un article *ad hoc*, chapitre XIII (*Vices organiques divers*).

C. Troisième espèce : Atrophie avec contraction, ou, mieux encore, avec rapetissement. En pareil cas, l'épaisseur des parois cardiaques peut être égale ou même supérieure à l'épaisseur normale : mais la capacité des cavités est diminuée, et le poids de l'organe est moindre. C'est de cette troisième et dernière espèce d'atrophie cardiaque que nous devons surtout nous occuper ici. A cette tâche est dévolu le numéro qui va suivre.

747. *Bref aperçu, en particulier, de l'atrophie cardiaque avec rapetissement* (746. C.).—Cette atrophie est partielle, ou bien générale. Dans ce dernier cas, le cœur peut perdre un tiers ou bien la moitié de son volume et de son poids normal. En pareille circonstance, il a été comparé par divers observateurs à une pomme ridée, à une poire tapée, à une langue desséchée, à un œuf de poule. Dans un langage plus précis et plus digne de la science, nous dirons, avec les meilleurs de nos auteurs modernes, que le cœur d'un adulte devient alors comme celui d'un enfant.

En ce qui touche à l'étiologie, reconnaissons d'abord que le cœur est évidemment susceptible, comme tous les muscles, de diminuer de volume, et de s'atrophier par l'influence de toutes les causes qui occasionnent l'amaigrissement et le marasme ; mais cet effet y est moins marqué, et surtout exige, pour s'opérer, un temps assez long. Toujours est-il, après tout, que le resserrement atrophique du cœur est un fait très fréquent chez les sujets minés par un cancer, ou par une phthisie pulmonaire à marche lente. La compression exercée par les épanchemens qu'une péricardite produit et maintient fort longtemps, paraît être une cause spéciale d'une grande efficacité pour déterminer l'atrophie du cœur, de même que l'épanchement pleurétique amène l'atrophie du poumon. Indépendamment des exemples anciens, que j'ai déjà indiqués dans la bibliographie (745), je crois devoir rappeler aussi le remar-

quable exemple qu'offre en ce genre le livre de M. Bouillaud (*loc cit.*), et qu'avait fourni la pratique de Bertin, le collaborateur, comme on sait, de la première édition de ce livre. Quant à moi, je puis affirmer que j'ai déjà rencontré dans ma pratique d'hôpital plusieurs faits analogues. N'oublions pas non plus que le rétrécissement d'un des orifices auriculo-ventriculaires tend à produire une atrophie partielle, à déterminer, veux-je dire, le rapetissement du ventricule correspondant, pourvu que les parois de cette cavité ne soient pas elles-mêmes malades; car, dès que le sang ne peut plus pénétrer qu'en moindre quantité dans le ventricule, la capacité du ventricule doit nécessairement se rétrécir à proportion.

L'exiguité excessive du cœur est presque impossible à constater autrement qu'à l'autopsie. Et même, je n'hésite pas à l'affirmer, à peine possède-t-on dans les fastes de la médecine quelques cas authentiques où ce vice organique ait été soupçonné et annoncé sur le vivant.

Ce n'est pas qu'on ne trouve, dans les livres, un certain ensemble de symptômes attribués, avec plus ou moins de vraisemblance, à l'atrophie cardiaque.

Pouls petit, faible, mais régulier et sans fréquence ; essoufflement au moindre effort ; palpitations sans énergie ; syncopes soudaines et sans cause apparente qui les ait provoquées ; décoloration de la peau ; apathie ; vie précaire en quelque sorte ; langueur excessive, au point même d'amener la mort. Voilà le drame morbide qu'on déroule à nos yeux comme étant l'effet de l'atrophie cardiaque. Mais, en vérité, n'est-ce pas là un tableau qui se rattache plutôt à l'anémie (164.), et surtout à l'anémie chlorotique (167. A. γ.) ?

Comme signes plus précis, et, pour ainsi dire, comme conséquences physiques et infaillibles de l'atrophie cardiaque, on signale la diminution d'étendue de la matité précordiale, et, de la part du cœur, un choc à peine sensible, si ce n'est même absolument nul, ainsi qu'un affaiblissement extrême des bruits de tic-tac. Tout cela ne laisse pas que d'avoir de la réalité, sans nul doute ; mais rien de tout cela n'est pathognomonique. Et, par exemple, en présence d'une sonorité insolite de la région précordiale, ou, si l'on aime mieux, en présence d'une matité peu prononcée et très étroitement circonscrite, qui donc oserait assurer en toute certitude que ce n'est pas là une particularité due à un empiétement du poumon, dont une lame se trouve souvent, comme on sait, au-devant du cœur? Bien plus, il est même fort permis de mettre en question si jamais l'atrophie cardiaque constitue par elle-même, et en se développant isolément, une maladie véritablement à part. En un mot, a-t-elle jamais lieu autrement que comme une circonstance accessoire dans diverses maladies qui ont été indiquées il n'y a qu'un instant?

Maintenant, qu'ai-je à parler du traitement, là où le diagnostic ne peut pas être solidement posé, là où l'altération organique ne fait jamais peut-être le fond même de la maladie?

ARTICLE VII.

ATROPHIE TESTICULAIRE.

748. *Notion sommaire.* — Indépendamment de l'atrophie sénile des testicules, et qui est un phénomène d'ordre normal, comme l'atrophie du thymus, de la glande mammaire, de l'ovaire, etc., suivant la loi des âges, —il est encore une atrophie pathologique qui, dans la fleur comme dans la force de l'âge, peut affecter un seul testicule, ou même tous les deux à la fois. Ainsi voit-on le testicule diminuer peu à peu de volume, se réduire enfin au volume d'un haricot, à celui d'un pois, à si peu que rien, voire même disparaître complétement. L'atrophie d'un seul testicule ne nuit pas du tout à la virilité; mais lorsque les deux testicules se trouvent atrophiés, l'homme est dès lors inhabile à la procréation, possédât-il encore quelque reste de puissance virile, eût-il encore la faculté d'entrer en érection et d'accomplir le coït, ainsi qu'une certaine sorte d'eunuques, que la corruption des mœurs romaines mettait si fort en crédit auprès de messalines effrénées, avides de luxure en craignant de devenir mères. En effet, lorsque l'atrophie des deux testicules a lieu dès l'âge le plus tendre, dès la première enfance, le sujet devient un eunuque au plus haut degré, une sorte de monstre humain, non seulement frappé de stérilité et d'impuissance, mais pour toujours imberbe, abâtardi, étrangement empreint d'apparence féminine dans toute sa personne. Mais, plus l'individu est âgé lors de l'atrophie testiculaire, moins est prononcée, chez lui, la métamorphose, la dégradation de la nature masculine : l'homme fait, qu'un pareil malheur atteint, est un mâle déchu, mais non pas véritablement un eunuque.

749. *Étiologie.* — (729.). — Conformément aux lois générales que j'ai indiquées dans le numéro ici rappelé, l'atrophie testiculaire peut être pathologiquement produite par différentes causes.

1° Quelquefois, mais rarement, elle a lieu à la suite de la résolution, en apparence heureuse et franche, d'une didymite, soit idiopathique, soit consécutive à une uréthrite. Après avoir eu, d'abord, à s'applaudir de ce que le testicule enflammé et tuméfié revenait peu à peu à son volume naturel, cette diminution ne s'arrête pas, et l'organe va se rapetissant de plus en plus, jusqu'à disparaître tout-à-fait.

2° Quand la didymite se termine par suppuration, presque toujours l'atrophie en est la conséquence, surtout si l'on se méprend sur la nature de la substance que l'ouverture de l'abcès fournit à chaque pan-

sement, et qu'on commette la faute, quelquefois commise (ainsi l'attestent les fastes de l'art) de tirer au-dehors les vaisseaux séminifères, en croyant ne retirer que du pus mal élaboré, ou des débris de tissu cellulaire.

3° Écrasement du testicule. Ainsi se faisaient ces eunuques que l'antiquité nommait *Thlibiæ*, θλιβίαι (de θλίβω, j'écrase), et dont je viens de rappeler, il y a quelques lignes, le rôle infâme dans les orgies de Rome en décadence : eunuques d'autant plus prisés pour un tel rôle, d'autant plus chers à la Gellia de Martial (1), qu'ils avaient été châtrés moins jeunes, plus près de l'adolescence, ou même déjà pubères, et lorsque le pénis avait acquis un certain degré de développement.

4° Les hernies scrotales, ou oschéocèles, non réduites, peuvent à la longue déterminer l'atrophie testiculaire, sans doute par la pression continuelle à laquelle le testicule se trouve alors soumis.

5° Une hydrocèle peut également entraîner le même effet. Nous comprenons fort bien que le testicule finisse par céder et s'atrophier sous la pression continuelle d'un tel épanchement de sérosité; de la même façon, quoique moins aisément, il faut le dire, et, partant, moins fréquemment et moins vite que le poumon dans les épanchemens de la plèvre, ou le cœur dans ceux du péricarde.

6° Chez les sujets affectés de hernie inguinale, surtout si ce sont des enfans, la compression exercée, non plus sur le testicule même, mais seulement sur le cordon spermatique, a suffi quelquefois, comme de raison, pour produire l'atrophie en question.

7° On a vu quelquefois le testicule se flétrir et se réduire presque à rien par suite de l'application longtemps continuée des topiques astringens pour la cure du varicocèle.

8° La continence absolue et rigoureusement observée pendant longues années est une cause déterminante de l'atrophie des testicules. Ainsi, entre autres exemples que j'ai vus de mes propres yeux, il me vient à l'esprit le cas d'un pieux évêque, qui me faisait l'honneur de me consulter, et qui m'apprit qu'après avoir été vivement éprouvé par la révolte des sens dans les premiers temps de sa jeunesse, et y avoir toujours résisté religieusement, il avait fini par obtenir une parfaite quiétude, et par ne plus ressentir, depuis tantôt vingt ans, aucune manifestation de l'instinct érotique : et je dus le croire, d'autant plus facilement que je trouvai chez lui, homme sanguin, vigoureux, et à peine entré dans la quarantaine, les testicules réduits à la grosseur d'un haricot.

9° On a, dans certains cas, accusé la syphilis.

(1) Lib. VI, epigramm. LXVII.

4° Enfin, à ce qu'assurent les auteurs, on aurait vu quelquefois les testicules s'atrophier et disparaître sans aucune cause appréciable.

750. *Y a-t-il un traitement possible?* — Comment espérer en quelque moyen que ce soit, pour refaire et régénérer un testicule décidément atrophié, et devenu inapte à la sécrétion du sperme? Est-il même en notre pouvoir de conjurer l'atrophie commençante de cet organe, de la borner, d'en arrêter les progrès? Tout au plus sommes-nous en droit, avec les moyens thérapeutiques jusqu'ici connus, d'attendre quelquefois cette dernière sorte de succès. On a conseillé les bains froids, l'électricité, le mercure, la strychnine, les cantharides. Mais il ne paraît pas qu'on ait jamais opéré par là de très éclatantes cures. Et il n'y a peut-être pas, après tout, de ressource plus efficace, en certains cas, que l'excitation du coït, qu'une pratique régulière de cet acte dans une juste et raisonnable mesure, si tant est que la faculté en subsiste encore, et que le testicule n'ait pas entièrement perdu sa vitalité spéciale. Pas de médicamentation, assurément, qui vaille ici l'influence d'une obéissance sage à la loi hygiénique de l'exercice naturel des organes.

CHAPITRE VII.

GANGRÈNES.

(On prononce *Cangrène*; ainsi du moins le prétend et le consacre le *Dictionnaire de l'Académie.*)

---

751. *A quoi, dans le plan de notre ouvrage, ce chapitre-ci doit se réduire.* — Déjà, plus haut, j'ai dû définir, et j'ai défini, à mes lecteurs, ce que c'est que la gangrène (281. D.), dans la théorie générale de l'inflammation, dont la gangrène est une des terminaisons possibles. Or, comme, d'une part, il y a certaines inflammations essentiellement gangréneuses, ou, pour mieux dire, certaines affections dans lesquelles une courte phase de phénomènes inflammatoires ne fait que préluder à une infaillible gangrène, telles que la pustule maligne, le charbon; et comme, d'autre part, il y a des gangrènes qui ne sont précédées d'aucune inflammation, et ont une origine très différente, telles que, par exemple, les gangrènes causées par la ligature de l'artère principale d'un membre, il s'ensuit donc que, dans un système complet de nosographie organique, les gangrènes doivent former une famille naturelle, ayant, comme de raison, son article de considérations générales, et comprenant un assez bon nombre de genres et d'espèces. Mais, une fois le divorce convenu et consommé entre la pathologie médicale et la pa-

thologie chirurgicale, celle ci a dû emporter la plus grosse part du sujet ici en question; car les gangrènes externes sont une mine plus riche à exploiter que les gangrènes internes, incontestablement et hors de toute comparaison, et réclament, sinon toujours, du moins fort souvent, l'intervention des secours opératoires. Aussi mon collaborateur a-t-il déjà exposé les considérations générales qui concernent les gangrènes (*Pathologie chirurgicale*, t. I[er], chap. IV, art. 1[er]). Déjà, en outre, il a étudié, en particulier, la gangrène déterminée par l'effet d'une contusion violente qui broie complétement une partie (chapitre cité, art. 2); la gangrène par suite d'inflammation phlegmoneuse (chap. cité, art. 3); la gangrène par excès de compression (chap. cité, art. 4); la gangrène spontanée des extrémités, ou gangrène improprement dite sénile (chap. cité, art. 5); la gangrène produite par l'usage du seigle ergoté (chap. cité, art. 6); la pustule maligne (chap. cité, art. 7); le charbon (chap. cité, art. 8); la gangrène par l'action du feu, ou brûlure au troisième, quatrième, cinquième et sixième degré (chap. V, p. 291 et suiv.); la gangrène par congélation (chap. VI, § 1[er]); et, enfin, la nécrose, ou gangrène du tissu osseux (chap. XX, art. 3). Voilà bien autant de genres nosographiques à part, mais qui, pourtant, rentrent tous naturellement dans une seule et même famille, et sous le titre commun de gangrènes, à tel point même que la plupart d'entre eux n'ont pas reçu jusqu'ici de nom générique, n'ont pas d'autre désignation qu'une périphrase, qui a pour base ce titre commun. M. Nélaton doit aussi, dans la suite de son ouvrage, étudier particulièrement la stomatite gangréneuse, ainsi que mon article *Stomatite* en a déjà averti nos lecteurs (420.). Il doit étudier la gangrène vulvaire, ou, si l'on aime mieux, circumvulvaire, cette maladie, qui, à l'égal de la stomatite gangréneuse, sévit le plus communément, sinon exclusivement, sur la première enfance, et qui, en effet, n'a guère été signalée et décrite que chez les petites filles au berceau. Enfin, il ne manquera pas non plus d'arrêter, au besoin, son attention sur maint et maint autre cas de gangrène, selon que les divers chapitres de la *Pathologie chirurgicale* lui en fourniront l'occasion, et lui en créeront le devoir. C'est de la même façon que, pour mon propre compte, dans le cours de ma tâche, outre le passage tout-à-l'heure cité, où j'ai posé la notion générale et sommaire de la gangrène, j'ai déjà eu occasion de mentionner et d'envisager quelques cas spéciaux, dans lesquels se produit cette funeste désorganisation des tissus vivans. J'ai signalé (faut-il le rappeler ici ?) la gangrène de la région coccygienne, comme un mal trop souvent consécutif à l'érythème paratrime (316. C.); j'ai signalé la gangrène du pharynx, comme un événement rare, soit dans la pharyngite simple (437. F.), soit dans la pharyngite diphthérique (440. C.);

j'ai signalé la perforation gangréneuse de l'intestin, en cas d'entérite phegmoneuse (468), etc., etc. Et combien de fois encore n'aurai-je pas à indiquer, à propos de telle ou telle maladie, des accidens de gangrène! N'aurai-je pas à en parler comme d'un épiphénomène plus ou moins redoutable, notamment dans les fièvres graves, dans le typhus, dans la morve, dans les fièvres intermittentes pernicieuses?

Voilà donc pourquoi, en définitive, ce chapitre-ci ne va offrir qu'un seul et unique article, pour l'histoire de la gangrène pulmonaire. Car c'est là, dans toute la famille des gangrènes, exclusion une fois faite des genres naturellement dévolus au domaine chirurgical, le seul genre qui soit réellement digne, dans l'état actuel de nos connaissances pathologiques, d'être posé en maladie à part.

ARTICLE UNIQUE.

GANGRÈNE PULMONAIRE.

752. — *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIe part., chap. VI, art. 3, *De la gangrène du poumon.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*) Voyez, dans les *Observations sur la pleurésie*, l'observ. XIV, *Epanchement pleurétique consécutif à la communication d'une gangrène du poumon avec la plèvre* (T. IV, p. 442-5); — et, dans les *Observations sur les fièvres*, l'observation XIX (T. I, p. 107-12), laquelle nous présente un cas de gangrène pulmonaire survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, et où l'autopsie ne montre à côté de la gangrène aucune trace de pneumonie.

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) IIIe livrais., pl. 2 (*Gangrène du poumon. — Plusieurs hémoptysies. — Horrible fétidité des matières expectorées.—Foyers gangréneux anciens en voie de cicatrisation; foyers gangréneux récens. — Hémorragie mortelle dans la cavité de la plèvre par suite de rupture de l'un de ces derniers.* — Cas suivi de *Réflexions et considérations générales sur la gangrène du poumon*); — XIe livrais., pl. 4, *Gangrène diffuse du poumon* (chez un épileptique devenu en proie à la chorée), mais c'est là, il est vrai et de l'aveu de l'auteur, un cas évidemment consécutif à une pneumonie bien caractérisée.

GUISLAIN. *Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés* (Dans *Gaz. méd.*, année 1836, n° 3).

GENEST. *Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire.* (Dans *Gaz. méd.*, année 1836, n°s 38 et 42).

LAURENCE. — *De la gangrène du poumon, sous le point de vue médical.* Thèse inaugurale, Paris, 1840, n° 103.

BRIQUET. *Mémoire sur un mode de gangrène du poumon, dépendant de la mortification des extrémités dilatées des bronchs.* (Dans les *Archives*, mai 1841.) — Il y a là des observations fort intéressantes, et que je me fais un devoir de signaler à l'attention des pathologistes, encore bien qu'il soit impossible à mon esprit de ratifier la nouvelle théorie proposée, à cette occasion, par M. Briquet pour la pathogénie de la gangrène pulmonaire.

SESTIER. — Ouvrage déjà cité (643) Ire part., art. 9, *Pneumonie gangréneuse.* — (P. 83-90.)

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des maladies des enf.*) T. II, p. 107-26 (*Gangrène du poumon*).

VALLEIX. — (*Guide du médecin praticien.* — T. II, chap. V.)

BOUDET (Ernest). — *Recherches sur la gangrène pulmonaire, et spécialement sur la nature et le traitement de cette maladie, et de la gangrène spontanée chez l'enfant.* (Dans les *Archives*, août et septembre 1843.)

753. *Synonymie.* — Pneumonie gangréneuse : pour ceux qui présentent l'inflammation comme étant là, essentiellement et en toute circonstance, la condition protopathique. — Phthisie pulmonaire ulcéreuse, de Bayle (*Recherches sur la Phthisie pulm.*, observ. XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX et XXX) : en certains cas qui se trouvent constitués par un foyer gangréneux bien circonscrit, et dans lesquels la maladie a une marche lente.

754. *Aperçu sommaire des principaux cas de gangrène pulmonaire.* — Reconnaissons d'abord que la gangrène pulmonaire, sous quelque forme et de quelque origine que ce soit, est un fait assez rare. Quelquefois elle se produit à titre de terminaison d'une pneumonie franchement dessinée, ainsi que nous l'avons vu dans l'histoire de la pneumonie (649. F. γ.). Quelquefois, mais c'est là un cas des plus rares, elle envahit et dévore les parois d'une excavation tuberculeuse, qu'elle concourt ainsi à rendre encore plus grande. D'autres fois, enfin, et peut-être même le plus ordinairement, elle se montre et se comporte comme ayant la nature des affections essentiellement gangréneuses, telles que la pustule maligne et le charbon ; et, pareillement à ce qui se voit dans ces affections, l'inflammation développée autour de la partie gangrenée paraît être l'effet plutôt que la cause de la mortification ; elle ne paraît être, encore un coup, rien autre chose que cette inflammation éliminatoire si bien expliquée et décrite par mon collaborateur (*Path. chir.*, t. I, p. 246-7) ; avant la gangrène, en pareil cas, point de molimen inflammatoire, ou tout au moins est-il vrai de dire que ce molimen

peine né, à peine appréciable, et, en vérité, presque impossible à constater, tourne aussitôt à la funeste désorganisation dont il s'agit. Voilà ce que bien des médecins reconnaissent sous le nom de *gangrène essentielle* ou *spontanée* du poumon : voilà ce que, plus précisément, plus irréprochablement, à ce que j'imagine, — nous nommerons *gangrène pulmonaire d'emblée*. Voilà donc celle qui mérite réellement, en nosographie organique, d'être posée comme un genre à part, — celle que, par conséquent, nous aurons particulièrement en vue dans les considérations qui vont suivre.

755. *Coup d'œil, en particulier, sur les symptômes et la marche de la gangrène pulmonaire d'emblée.* — A. Pour peu que la gangrène pulmonaire occupe une certaine étendue, un lobe entier, par exemple, ou même une portion considérable d'un lobe, la marche de la maladie est extrêmement rapide, et mène infailliblement au tombeau. Dès le premier instant, ou peu après l'apparition de quelques symptômes de je ne sais quel malaise respiratoire, le malade se sent horriblement abattu, et comme anéanti par un coup de foudre ; en termes d'école, il y a prostration soudaine et excessive des forces vitales ; tristesse invincible et inconsolable ; pressentimens sinistres ; angoisse extrême ; dyspnée suffocante ; pouls petit, faible, formicant ; toux plutôt fréquente que forte. L'haleine, tout d'abord, porte avec elle l'odeur caractéristique qui est le propre de la gangrène ; et puis, ce qui ne tarde guère à se produire après ce premier indice, ce sont des crachats diffluens, tantôt verdâtres, tantôt jaunâtres ou gris, quelquefois même sanguinolens, mais qui ont toujours une fétidité pathognomonique. Si le siége de la gangrène pulmonaire n'est pas au plus profond du poumon, mais avoisine la surface de l'organe, l'auscultation pratiquée sur les points correspondans du thorax peut constater l'existence du râle crépitant ou sous-crépitant ; ce qui, avec la nature particulière de l'haleine et des crachats, ne laisse véritablement aucun doute au diagnostic. Enfin, l'expectoration, après avoir été assez abondante pendant quelque temps, se supprime par l'effet des progrès de l'asthénie ; les bronches et la trachée se trouvent bientôt emplies et obstruées, d'où le râlement et la suffocation.

B. Si la marche de la maladie est moins aiguë, de telle sorte que la nature ait le temps de séparer le mort du vif, et de mener à bout le travail éliminatoire, ce qui demande au moins une douzaine de jours (Voir la *Path. chir.*, t. Ier, p. 247), l'auscultation, en pareil cas, perçoit le râle caverneux, quand l'escarre se ramollit, — et puis la respiration caverneuse et la pectoriloquie, quand l'excavation du poumon s'est vidée.

C. Si le foyer gangréneux n'est pas trop étendu, la maladie peut même affecter une marche véritablement chronique dans toute la force du

terme. C'est là, encore une fois, la phthisie pulmonaire ulcéreuse de Bayle (753.). Et, en effet, le cas ici en question peut aisément en imposer pour une phthisie ordinaire, pour une phthisie tuberculeuse, veux-je dire. Le malade est peu à peu miné par la fièvre hectique ; mais le plus ordinairement, toutefois, la mort arrive avant que l'amaigrissement soit porté très loin.

D. La cicatrisation d'un foyer gangréneux au sein du poumon, et, partant, le retour à la santé, voilà qui n'est pas du tout impossible, pourvu que le foyer gangréneux n'ait qu'une médiocre étendue. Laënnec croyait avec raison que cet heureux résultat n'était point au-dessus des ressources de la nature, surtout aidée par une médecine éclairée et prudente. Et nous nous joindrons d'autant mieux à l'opinion de ce grand homme que, depuis lui, quelques observateurs ont publié des faits d'anatomie pathologique, qui viennent grandement à l'appui d'une telle opinion : rappelons, entre autres, l'observation de la IIIme livraison de l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier (752).

756. *Anatomie pathologique.* — En fait de gangrène pulmonaire d'emblée, nous décrirons séparément, à l'exemple de Laënnec, deux formes anatomiques, savoir : 1° la gangrène circonscrite; 2° la gangrène diffuse.

A. *Gangrène pulmonaire circonscrite* : en un ou plusieurs foyers très distincts, très bien isolés ; soit sous forme de plaques, à la surface du viscère, soit sous forme de noyaux intérieurement situés, avec une grande variété, d'ailleurs, sous le rapport de la configuration et des dimensions. Quoi qu'il en soit, il y a là à considérer les trois états que voici : 1° l'état de mortification récente; 2° l'escarre ramollie ou déliquescente ; 3° l'excavation formée par suite du complet ramollissement et de l'évacuation de cette escarre.

α. Dans l'état de *mortification récente*, les escarres du poumon offrent les caractères suivans. Leur couleur est d'un vert extrêmement foncé, ou, pour mieux dire, d'un vert presque noir. Leur substance est à la fois plus humide, plus compacte et plus dure que celle du poumon sain. Leur odeur a cette fétidité singulière qui est le propre de la gangrène. Tout autour de l'escarre, une couche de tissu pulmonaire, ordinairement peu épaisse, présente l'engouement qui appartient au premier degré de la pneumonie, ou, parfois même, une véritable hépatisation.

β. Quant à l'*escarre déliquescente*, c'est là l'état par où passe le plus ordinairement la partie gangrenée du poumon, pour être ensuite rejetée morceau à morceau par l'expectoration. C'est une sorte de bouillie, d'un gris verdâtre sale, quelquefois sanguinolente, et toujours d'une horrible fétidité : effet dû à ce que l'escarre primitive, par suite du

molimen éliminatoire qu'elle provoque et qui la cerne, se trouve bientôt arrosée et imprégnée de sérosité, de pus, voire même de sang. Mais il faut noter que, dans quelques cas, cette escarre, en se décomposant et en se détachant, vient à former une sorte de bourbillon noirâtre, verdâtre ou jaunâtre, comme filamenteux, plus flasque et plus sec que l'escarre récente, bourbillon qui reste isolé au milieu de l'excavation formée par la destruction du parenchyme pulmonaire.

γ. L'*excavation gangréneuse* se trouve produite et successivement agrandie au fur et à mesure que le parenchyme mortifié, une fois passé à l'état d'escarre déliquescente (β), se fait jour dans les voies bronchiques, et se laisse expulser sous forme de crachats. Cette excavation persiste à titre de véritable ulcère, et continue d'être un foyer de suppuration. Néanmoins, si elle est petite, elle peut quelquefois s'oblitérer par le fait d'une heureuse cicatrisation et d'un complet rapprochement de ses parois.

B. *Gangrène pulmonaire diffuse:* occupant çà et là une grande partie d'un lobe, et quelquefois la plus grande partie d'un poumon, mais sans être aucunement circonscrite en foyers bien tranchés et bien distincts; la plus rare de toutes les gangrènes pulmonaires, ainsi l'affirme Laënnec, qui ne l'avait vue, assure-t-il, que deux fois en vingt-quatre ans; et, quoi qu'on en ait dit, il me paraît avoir très raison, à la prendre et à la définir précisément telle que nous la prenons et la définissons d'après lui. En pareil cas, le parenchyme pulmonaire, plus humide et beaucoup plus facile à déchirer que dans l'état normal, offre donc, sous le rapport de la consistance, les mêmes caractères que dans le premier degré de la pneumonie et que dans l'engouement cadavérique. Sa couleur présente des nuances variées depuis le blanc sale et légèrement verdâtre jusqu'au vert foncé et presque noir, quelquefois avec des taches brunâtres ou d'un jaune brun terreux, répandues par-ci par-là. Ces diverses teintes sont irrégulièrement mélangées les unes avec les autres en divers points du poumon, et, de plus, il y a certaines parties de cet organe qui sont d'un rouge livide, qui sont plus humides que le reste, et paraissent infiltrées d'un sang très liquide, absolument comme dans le premier degré de la pneumonie. Quelques points, çà et là, sont évidemment ramollis, et tombent en une sorte de putrilage déliquescent. Un liquide sanieux, trouble, d'un gris verdâtre, et d'une fétidité *gangréneuse* insupportable, s'écoule sous les incisions du scalpel qui explore les parties gangrenées. Il y a tels endroits où le parenchyme pulmonaire, sain ou presque sain, se confond insensiblement avec le parenchyme frappé de gangrène; il y en a d'autres où il en est séparé par une couche intermédiaire évidemment atteinte de pneumonie au premier degré, — et quelquefois (mais rarement, mais seulement sur

quelques points, et non pas d'une manière complète et continue) par une véritable hépatisation.

757. *Fréquente complication de la gangrène du poumon avec celle de quelques autres parties.* — Assez ordinairement, la gangrène pulmonaire n'est pas la seule dont le malade soit atteint, mais a pour funeste accompagnement d'autres gangrènes qui siègent en diverses parties du corps. Telle est surtout la règle chez les enfans, à ce qu'assurent les observateurs les plus éclairés et les plus zélés des maladies de cet âge. Avec la gangrène pulmonaire, chez ces petits malades, on voit presque toujours coexister la gangrène de la région sacro-coccygienne, ou la gangrène circumvulvaire, ou la gangrène du pharynx, etc., etc., etc.

758. *Étiologie.* — A. L'enfance, plus que tout autre âge, est, à ce qu'il paraît d'après le témoignage des observateurs les plus compétens, grandement sujette à la gangrène pulmonaire, et surtout à la gangrène pulmonaire d'emblée, ni plus ni moins, faut-il ajouter, qu'à toutes ces autres gangrènes dites spontanées, c'est-à-dire développées sans l'action du feu ou des caustiques, sans l'intervention préalable d'une inflammation franche, manifeste, suraiguë, sans l'interruption locale de la circulation, sans une évidente intoxication par quelque principe septique bien reconnu. Après l'enfance, la vieillesse aussi se fait remarquer comme fournissant des exemples de gangrène pulmonaire dans une proportion relativement forte et considérable.

B. Une constitution débile ou détériorée par la misère, par les excès de travail, par la débauche, par les jeûnes et les macérations, par une maladie grave et longue, voilà ce qu'il faut encore reconnaître ici comme une cause prédisposante.

C. Mais, en fait de maladies, voici en particulier, car il est bon de le savoir, quelles sont celles qui se montrent le plus propres à entraîner deutéropathiquement la gangrène pulmonaire d'emblée. C'est le scorbut, ce sont les fièvres graves ou typhodes; c'est la rougeole, c'est la scarlatine, surtout quand la scarlatine et la rougeole marchent accompagnées d'hémorragies asthéniques (205. D.). Ce qui, au surplus, paraît pouvoir être fort bien expliqué, comme l'explique M. Ernest Boudet, par une condition pathogénique commune à toutes ces maladies-là, c'est à savoir, une altération spéciale du sang, laquelle se révèle physiquement par une fluidité excessive, et consiste, sous le rapport chimique, dans un surcroît d'alcalinité et dans un degré considérable de défibrination.

D. Il est assurément fort présumable, à en juger par analogie et en conformité avec l'une des lois générales de l'étiologie des affections gangréneuses (*Path. chir.*, t. Ier, chap. IV, art. 1er, p. 243-4), que la gangrène pulmonaire d'emblée, dans certains cas, surtout dans les sujets vigoureux qu'elle frappe tout-à-coup au milieu d'une santé floris-

sante, est l'effet de l'introduction accidentelle de quelque principe délétère et septique dans l'économie animale. Quelquefois, par exemple, elle ne doit être rien autre chose, j'en suis profondément convaincu en thèse générale, qu'une sorte de pustule maligne, née par malheur sous le tégument muqueux, à l'intérieur des voies bronchiques, et qui, par conséquent, ne peut être ni aperçue dès sa naissance, ni jugulée, — la devinât-on, — par la ressource, seule réellement efficace, de la cautérisation. Mais toujours est-il, après tout, que, dans tel ou tel cas donné en particulier, cette étiologie-là reste à l'état de conjecture fort problématique.

E. Pour ce qui est du mécanisme pathogénique par lequel le parenchyme pulmonaire vient à se gangrener, l'inflammation en est-elle toujours un élément nécessaire ? Les phénomènes inflammatoires précèdent-ils toujours, ne fût-ce que dans le plus faible degré et pendant le plus court espace de temps possible, la conversion de ce parenchyme en escarre ? C'est là une question de fine physiologie pathologique que je n'oserais, quant à moi, trancher résolument par l'affirmative ou par la négative.

F. M. Genest a avancé et soutenu avec talent cette thèse, à savoir, que l'hémorragie intra-pulmonaire (265-8) serait, dans quelques cas, la cause prochaine de la gangrène à laquelle le poumon tombe en proie. Il s'appuie sur des faits dans lesquels il a vu la gangrène pulmonaire s'accompagner sur le vivant d'hémoptysies plus ou moins abondantes, et se montrer, à l'autopsie, en coexistence avec des noyaux hémorragiques. Moi aussi, j'ai vu des faits analogues, et il m'a toujours semblé, en pareille occurrence, que l'hémorragie était, non pas la cause, mais un effet de la gangrène; qu'elle était, en un mot, le résultat de la fonte gangréneuse dont quelques vaisseaux se trouvaient atteints dans une partie de leur trajet.

G. Enfin, je crois à propos de rappeler une remarque étiologique déjà faite par mon collaborateur (*Path. chir.*, t. Ier, p. 244) : c'est que la gangrène pulmonaire s'est quelquefois développée en même temps sur un assez grand nombre d'individus, et à véritable titre de mal épidémique, notamment dans les villes assiégées et parmi une population en proie au désespoir et à la famine, comme aussi dans les grands corps d'armée et surtout sous l'influence de la nostalgie.

759. *Thérapeutique.* — A. Médicamentation corroborante, et, au besoin, stimulante; quinquina, vin, éther, acétate d'ammoniaque, etc.: voilà ce qui convient le plus généralement dans toutes les périodes de la maladie; voilà ce qui vient en aide aux forces vitales, affaiblies et défaillantes, tant pour arrêter, si faire se peut, le travail pathologique qui

produit la mortification du parenchyme pulmonaire, et pour hâter l'élimination de la partie gangrenée, que pour tarir ensuite la suppuration et amener à cicatrisation les parois de la caverne. Rarement voit-on, au début même du mal, l'état des forces permettre les émissions sanguines, encore moins les réclamer.

B. Emploi du chlore et des oxychlorures (132. D. P.), comme désinfectans, à très bon droit et sans contradiction, sans objection aucune; — et peut-être aussi, — qui sait? — comme ayant une vertu réellement antiseptique, une vertu essentiellement contraire au développement de la gangrène. On administre ces médicamens sous forme de fumigations, ou bien en aspersions sur le lit du malade, ou bien, enfin, on les adresse même aux voies digestives, en tisane, en potion, en pilules : on prescrit, par exemple, pour la journée, une potion contenant de vingt à deux cents gouttes de liqueur de Labarraque. Nous trouvons dans la *Gazette médicale*, année 1833, p. 236, l'observation remarquable, recueillie dans le service clinique de M. Chomel, d'un cas de gangrène pulmonaire,— reconnu du moins pour tel, et fort légitimement, suivant toute apparence, par le diagnostic de cet éminent praticien,— et dans lequel les fumigations de chlore furent suivies d'une guérison qui laisse, sans doute, aux esprits difficiles le droit de contester l'exactitude d'un diagnostic non vérifié par l'autopsie, mais qui n'en constitue pas moins, dans notre opinion, un précédent d'un très grand poids en faveur de ce moyen thérapeutique.

C. Large administration des acides à l'intérieur : voilà une médicamentation que, par une indication toute chimique, l'excès d'alcalinité du sang paraît ici réclamer, et que je crois, quant à moi, ainsi que M. Ernest Boudet, fort bonne à employer, sans préjudice des corroborans et des antiseptiques, qui peuvent être administrés conjointement avec les acides.

D. Lorsque, après l'élimination et l'expulsion de la partie gangrenée, l'excavation pulmonaire continue de suppurer indéfiniment, et que la maladie, en un mot, affecte une marche chronique, il convient alors d'avoir recours aux moyens révulsifs, et particulièrement aux suppurations cutanées : vésicatoires, cautères, moxas, sétons.

CHAPITRE VIII.

TUBERCULISATIONS.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

760. *Bibliographie.* — BAYLE (G. L.). *Remarques sur les tubercules.* (Dans le *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer,* germinal an XI.)

— *Remarques sur la dégénérescence tuberculeuse non enkystée du tissu des organes.* (Même journal, ventôse et germinal an XIII.)

Ces deux mémoires se trouvent réimprimés dans un volume de l'*Encyclopédie des sciences médicales* (volume contenant les œuvres de Corvisart et de Bayle. Paris, 1839, in-8°), p. 569-603.

BRICHETEAU. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. LVI, p. 72-103.) — Article *Tubercule.*

TONNELLÉ. *Observations et réflexions sur les principaux cas de tubercules observés à l'hôpital des Enfans pendant les années* 1827 et 1828. (Dans le *Journal hebdomadaire*, année 1829, n°s 52 et 57.)

ANDRAL. — (*Précis d'anat. path.*, t. Ier, p. 407-38.)

PAPAVOINE. *Mémoire sur les tubercules, considérés spécialement chez les enfans.* (Dans le *Journal des progrès des sciences et institutions médicales*, année 1830, t. II, p. 84-148.)

BRIQUET. *Du développement simultané des productions hétérologues (tubercules et encéphaloïdes) à la surface de plusieurs membranes séreuses affectées de phlegmasie, et de l'hydropisie qui l'accompagne.* (Dans les *Archives*, octobre 1842.)

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enfans.*) — T. III, p. 1-163 (*De la Tuberculisation en général*).

Voir, en outre, ci-après, article II, la bibliographie relative à la tuberculisation pulmonaire (771), attendu que la tuberculisation pulmonaire, étant de toutes la plus commune, et, partant, la plus étudiée, sert véritablement de base principale aux considérations générales que j'ai à tracer dans cet article-ci.

761. *Définition descriptive.* — La tuberculisation est un vice orga-

nique, ou, si nous voulons dès le premier mot circonscrire avec plus de précision l'objet de notre définition, une sorte particulière d'hétérotrophie (690. K.), qui consiste en ce que telle ou telle partie du corps se trouve envahie et dénaturée, quelquefois seulement d'espace en espace, quelquefois de manière à se montrer comme entièrement transformée en un tissu nouveau, par la production plus ou moins abondante, plus ou moins étroitement rapprochée, d'une certaine matière *sui generis*, matière hétérologue, c'est-à-dire étrangère à l'histologie normale, et désignée sous le nom de *matière tuberculeuse*. Or donc, cette matière tuberculeuse, quelle est-elle? à quoi la doit-on reconnaître? Encore bien que, partout et toujours, elle ait certainement la même nature, elle ne laisse pas que d'offrir dans son origine, et même aussi dans la période d'état, diverses variétés de forme sur lesquelles nous reviendrons ci-après (765). Mais le véritable archétype en est dans ce que Laënnec (*Tr. de l'auscult.*, t. Ier, p. 534-6) appelle *tubercules miliaires* et *tubercules crus*, corpuscules arrondis, d'abord grisâtres et demi-transparens, quelquefois même presque transparens et incolores; ayant une consistance comme cartilagineuse ou peu s'en faut, une grosseur qui varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chènevis, et quelquefois, mais rarement, d'un noyau de cerise, d'une aveline, ou même d'une amande; puis acquérant plus ou moins vite une opacité et une couleur jaunâtre qui débutent par un point central et de là s'étendent par zones successives jusqu'à la périphérie, et n'atteignant, en un mot, l'état parfait de tubercule cru que lorsque la totalité du tubercule est devenue opaque et d'un blanc mat jaunâtre, et qu'elle offre ainsi à la coupe un aspect complétement homogène, et toujours, au surplus, avec une consistance un peu moins ferme et plus humide que celle des cartilages, avec une contexture, pourrons-nous dire encore, peu élastique, friable et cassante, à cassure grenue, mais d'un grain très fin. Ce n'est pas tout : la matière tuberculeuse ne reste pas pour toujours à l'état cru que je viens de décrire. Tôt ou tard, elle se transforme. De deux choses l'une : ou elle se ramollit, se convertit en bouillie, se liquéfie en quelque sorte, pour être, bien des fois du moins, éliminée de l'organe qu'elle avait envahi, et laisser, après son expulsion, des cavernes suivies ou non de cicatrisation, ou bien, ce qui, à la vérité, est plus rare, elle va se desséchant, bien loin de se ramollir, se pétrifie et passe à l'état crétacé.

Ainsi peut-on, par cette définition descriptive, longue il est vrai, mais d'une longueur indispensable, résumer les traits les plus essentiels de la tuberculisation des divers organes.

762. *Courtes remarques sur l'étymologie du mot* tubercule *et dans l'intérêt de la nomenclature pathologique.* — *Tuberculum*, diminutif de

Tuber (tumeur), est un mot employé par Celse, et, depuis lui, par une longue succession d'auteurs de médecine, pour désigner d'une manière générale et vague toutes sortes de tumeurs d'un petit volume. Aussi gardez-vous bien de croire et d'affirmer à la légère, comme l'ont fait quelques uns, rien que sur la foi de ce mot dans la traduction latine de la collection hippocratique et sans avoir lu le texte avec une attention suffisante, que le *Traité des maladies* (Περὶ νούσων) fait mention très formellement de la tuberculisation pulmonaire, à deux reprises différentes, livre Ier (Éd. Kuhn, t. II, p. 189-91) et livre II (Éd. Kuhn, t. II, p. 273-4), sous le titre que voici : Φῦμα ἐν τῷ πλεύμονι (*Pulmonis tuberculum* de Foës). Mais, pour quiconque prendra la peine de lire et de comprendre en entier les deux passages dont il s'agit, il ne peut y avoir aucun doute sur ce point, à savoir, que, là, le pathologiste grec ne signale pas du tout la phthisie tuberculeuse, mais probablement un abcès du poumon, ou bien un de ces épanchemens pleurétiques purulens qui se font jour dans les bronches et s'évacuent ainsi par voie d'expectoration. Il faut arriver à l'ère moderne pour trouver les premières descriptions des tubercules pulmonaires proprement dits. Déjà, dans le XVIIe et le XVIIIe siècle, bien des auteurs avaient reconnu l'existence de ce produit hétérologue, et ils le signalaient, sous ce même nom de *tuberculum*. Citons, entre autres, Willis (*Pharmaceutice rationalis*, sect. I, c. 6, *De phthisi propriè dictâ, sive de tabe pulmonum vitio excitatâ*) et Van Swiéten (*Comment.* ad aphor. 1205). Mais, depuis que l'école française, Bayle et Laënnec en tête, a tant approfondi, tant agrandi l'histoire des tubercules proprement dits, non seulement en ce qui concerne le poumon, mais aussi par rapport à tous les autres organes, ces tubercules doivent bien, en vérité, retenir et pour ainsi dire accaparer leur nom en pleine et entière propriété, en propriété exclusive, de telle sorte que le nom en question n'ait plus désormais d'autre valeur technique en pathologie, — par une restriction arbitraire, sans doute, et qui déroge à l'ampleur du sens étymologique, — mais de par l'autorité de l'usage et pour éviter en toute occasion ces équivoques, ces amphibologies, dont une langue bien faite, ce puissant levier de la science, ne saurait laisser subsister les moindres traces. Voilà pourquoi, et il me semble à propos de le rappeler, voilà pourquoi j'ai protesté contre les dermatographes qui continuent encore, dans l'horizon de leur spécialité, de décrire et de classer sous le titre de *tubercules* certaines éruptions qui ressemblent aux papules par leur nature solide et résistante, mais en diffèrent en ce qu'elles sont plus volumineuses, et plus profondément enracinées, et auxquelles, par conséquent, j'ai donné le nom de tubérosités cutanées (45. D. ε.). Protestation d'autant mieux fondée, néologie d'autant mieux justifiée, même au seul point de vue de la pathologie cutanée, que la peau elle-

même est susceptible, comme nous allons le voir ci dessous (763), de présenter quelquefois, quoique rarement, l'hétérotrophie tuberculeuse.

763. *Aphorismes concernant les divers siéges des tubercules.* — A. Excepté le système épidermique et le système pileux, qui ne sont réellement pas doués de vie, tous les organes, tous les tissus, peuvent être le siége de la tuberculisation. Et, s'il faut entrer ici dans le détail, accusons successivement les viscères parenchymateux, et, par dessus tout, le poumon comme étant le plus souvent atteint; les ganglions lymphatiques, et surtout, par la même raison que pour le poumon, ceux du cou, des bronches ou du mésentère; les os, le tissu cellulaire, les muscles même, ainsi que les nerfs; les membranes muqueuses, qui présentent d'ordinaire la matière tuberculeuse au-dessous de leur surface adhérente, mais quelquefois aussi dans leurs follicules; les membranes séreuses, dont les tubercules se produisent tantôt dans le tissu cellulaire sous-séreux, tantôt à la surface libre ou intérieure de la membrane; enfin, la peau elle-même. A l'égard de la tuberculisation de cette dernière membrane, nous pouvons invoquer l'autorité de Laënnec, qui dit avoir constaté le fait sur sa propre personne à l'index de sa main gauche, par suite d'une petite plaie qu'il s'était faite en donnant un coup de scie sur des vertèbres tuberculeuses (*Tr. de l'auscult.*, t. I[er], p. 649); nous pouvons aussi invoquer un cas encore plus probant, qui s'est offert à l'observation d'un médecin d'Irlande, le docteur Crampton, et qui est reproduit tout au long dans le *Traité des maladies de la peau* de M. Rayer (t. II, p. 697-8).

B. Posons, mais sans la discuter, sans même y insister le moins du monde, la question de savoir si la matière tuberculeuse qui envahit un organe se produit uniquement dans le tissu cellulaire interstitiel de cet organe, et ne fait qu'écarter, que comprimer, et, partant, atrophier les parties constituantes du parenchyme propre; si, en un mot, la tuberculisation de tous les organes n'est, après tout, que celle du tissu cellulaire. Question oiseuse et sans intérêt pour la pratique, puisque les symptômes et la gravité de la maladie ne tiennent qu'à la spécialité fonctionnelle et à l'importance physiologique de l'organe tuberculisé, n'importe en quel élément de la contexture organique la matière hétérologue prenne naissance.

C. Chez un sujet donné, la tuberculisation peut se trouver bornée à un seul organe, soit, par exemple, au poumon, soit à l'intestin, à l'encéphale, au péritoine, etc., ou bien, au contraire, atteindre plusieurs organes à la fois, et même infecter l'économie tout entière par granulations ou par masses plus ou moins éparses. En un mot, la tuberculisation peut être locale ou générale.

D. C'est chez les enfans qu'il est ordinaire de rencontrer les tuber-

culisations générales et communes à un très grand nombre d'organes. Or, ce qui est assez remarquable, c'est chez eux aussi qu'ont lieu le plus ordinairement les cas dans lesquels il arrive à une partie quelconque, autre que le poumon, d'éprouver seule, et à l'exclusion de tout le reste du corps, la dégénérescence tuberculeuse.

E. Une fois l'enfance passée, la tuberculisation pulmonaire est presque la seule qu'on voie survenir et se développer isolément. Et, de toute évidence, il est de règle générale, pour les adultes, que les poumons, dans le cas où quelque autre organe se trouve atteint de tuberculisation, contiennent aussi des tubercules en plus ou moins grande quantité. Mais, quoi qu'on en ait dit, n'allez pas considérer cette règle générale comme une loi absolue. Les exceptions sont rares, il est vrai; mais elles existent. Ainsi, par exemple, on lit dans les *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, de MM. Roche, Sanson et Lenoir (t. III, p. 69), le cas d'une femme qui avait des tubercules dans le foie, au nombre de quarante et un, sans qu'il y en eût ailleurs que dans le pourtour du pylore. M. Briquet rapporte et commente article cité plus haut (760), deux faits qui établissent victorieusement que la tuberculisation des membranes séreuses peut, même dans l'âge adulte, s'accomplir en l'absence et sans le développement de tubercules pulmonaires. Ma propre pratique m'a fourni l'observation remarquable, sur laquelle je reviendrai plus bas, d'un jeune homme de dix-sept ans ; parfaitement pubère, qui mourut victime de la tuberculisation mésentérique, sans la moindre trace de tuberculisation du poumon. Rien de plus facile que d'accumuler des exemples analogues, sur l'irrécusable témoignage des observateurs les plus éclairés et les plus impartiaux, si l'on veut se donner la peine de parcourir, dans ce but, les livres et les journaux de médecine qui ont été publiés depuis une dizaine d'années.

F. C'est, comme de raison, au point de vue du siége que, dans la famille nosographique des tuberculisations, nous devons distinguer et instituer les divers genres. Ces genres, je ne prétends dans le présent chapitre ni les énumérer, ni, à plus forte raison, les étudier tous en particulier : premièrement, parce que quelques uns d'entre eux sont du domaine de la *Pathologie chirurgicale ;* secondement, parce qu'il en est d'autres dont l'histoire se confond trop intimement avec celle de maladies déjà décrites ou à décrire dans le développement successif de mon plan nosographique; troisièmement, parce qu'il me semble à propos d'en laisser d'autres entièrement de côté comme trop peu intéressans. Ainsi, la tuberculisation des os, improprement nommée *carie tuberculeuse*, doit être étudiée par mon collaborateur, dans la suite du chapitre XX de la *Path. chir.* (t. II). En ce qui touche la tuberculisation des nerfs, affection si rare, ordinairement désignée sous le nom de *névrôme tuber-*

culeux, déjà mon collaborateur a dit tout ce qu'il y avait à en dire (*Path. chir.*, t. Ier, chap. XVIII, art. 3, *Dégénérescences des nerfs*, — p. 571-2). Quant à ce qui est de la tuberculisation des ganglions lymphatiques sous-cutanés, cervicaux, axillaires, inguinaux, etc., je dois encore renvoyer les lecteurs à la *Path. chir* (t. Ier, chap. XVII, art. 2, § 3, *Dégénérescences des ganglions lymphatiques*, — p. 563-5) pour l'étude de ce mal considéré en lui-même; puis, pour la question des rapports de la tuberculisation ganglionnaire avec la diathèse scrofuleuse, je renvoie à l'article que je me réserve de faire sur le compte de ladite diathèse en *Nosographie symptomatique.* Si les tuberculisations des membranes séreuses, si, par exemple, les tuberculisations méningienne, péritonéale, pleurale, etc., n'ont pas chacune dans le présent chapitre un article à part, c'est qu'elles ne constituent véritablement une maladie que par le développement d'un travail phlegmasique, latent ou autre ; c'est que, en un mot, elles fondent certaines espèces de méningite, de péritonite, de pleurésie, etc., dites tuberculeuses, avec lesquelles le lecteur a déjà dû faire une assez ample connaissance dans l'histoire, ci-dessus exposée, de la tribu des phlegmasies séreuses; et maintenant, en vérité, à l'aide du présent résumé des lois générales de la tuberculisation, il sera bien facile à nos studieux lecteurs de compléter d'eux-mêmes tout ce qu'il leur reste de réellement essentiel à connaître sur la question particulière des tuberculisations qui ont pour siége l'une quelconque des membranes séreuses. Cela posé et entendu, voici donc les genres nosographiques qui, à la suite de cet article consacré aux considérations générales, vont réclamer particulièrement notre attention, et qui, au nombre de dix, occuperont autant d'articles dans l'ordre suivant :

1° Tuberculisation pulmonaire : si je la pose la première, c'est assurément à très juste titre; c'est, je le répète, parce qu'elle est la plus fréquente, et, par conséquent, la mieux étudiée sous tous les rapports imaginables, tant dans ses symptômes que dans ses effets anatomiques, dans ses causes, dans son diagnostic, etc. ; c'est qu'en raison de cela, son histoire est on ne peut pas plus propre à servir de complément et de commentaire à l'aperçu que nous traçons ici sur les tuberculisations en général.

2° Tuberculisation encéphalique.

3° Tuberculisation laryngienne.

4° Tuberculisation intestinale.

5° Tuberculisation hépatique.

6° Tuberculisation mésentérique, vulgairement le *carreau.*

7° Tuberculisation des ganglions bronchiques.

8° Tuberculisation du cœur.

9° Tuberculisation rénale.

10° Tuberculisation générale aiguë : maladie assez commune chez les enfans, et qui consiste en ce que la matière tuberculeuse se produit simultanément çà et là par tout le corps, ou du moins dans un très grand nombre d'organes, sans prédominer notablement en aucun viscère.

764. *Principes symptomatologiques.* — A. Toutes les fois que la tuberculisation, s'emparant d'organes qui ont une importance quelconque par leurs fonctions particulières, ou seulement par leurs rapports topographiques, y atteint un certain degré de développement, on observe un plus ou moins grand nombre de symptômes; les uns, locaux; les autres, généraux.

B. Les symptômes locaux de la tuberculisation peuvent consister, selon le cas : 1° en altérations diverses de l'habitude extérieure, telles que, par exemple, les saillies plus ou moins difformes des ganglions sous-cutanés, la matité thoracique qui correspond à un degré considérable d'infiltration tuberculeuse du parenchyme pulmonaire, le son de pot fêlé que rendent à la percussion les parois de certaines cavernes du poumon, le retrait extraordinaire de la région sous-claviculaire par suite du dépérissement, ou plutôt de la véritable destruction que le sommet du poumon subit dans la période de ramollissement des tubercules, etc. ; 2° en perturbations plus ou moins graves dans les fonctions de l'organe tuberculisé, perturbations qui sont dues soit simplement à ce que le parenchyme utile et actif se trouve opprimé, diminué, atrophié sous l'invasion de la matière tuberculeuse, soit aussi, et c'est même là l'effet habituel, à ce que la présence des tubercules, comme la présence de corps étrangers, détermine alentour un véritable état d'inflammation; 3° enfin, en souffrances éprouvées par un organe contigu à des engorgemens tuberculeux, qui le compriment et le gênent; c'est ainsi, par exemple, qu'une énorme tuberculisation des ganglions sous-maxillaires et cervicaux peut faire obstacle à l'accomplissement régulier de la déglutition, à l'exercice de la parole, et même à la libre introduction de l'air dans le larynx pour le besoin de la respiration; c'est ainsi que, pareillement, la tuberculisation des ganglions bronchiques, en comprimant le parenchyme pulmonaire, peut, à elle seule, déterminer la toux et même une dyspnée considérable.

C. En fait de symptômes généraux, il faut ici mettre principalement en relief cette grande loi pathologique, à savoir, qu'une tuberculisation véritablement grave par son siége et par son étendue, détermine constamment un dépérissement progressif. Amaigrissement, marasme, fièvre hectique, presque toujours avec sueurs nocturnes, souvent avec diarrhée colliquative (460. B. ε.). Dès lors, la maladie mérite incontestablement le

nom de *phthisie* (Φθίσις, terme hippocratique qui servait à désigner toute espèce de dépérissement, mais principalement et par excellence la phthisie pulmonaire). Avec plusieurs médecins contemporains, notamment avec MM. Rilliet et Barthez, nous croyons convenable de fixer la signification de ce terme dans un juste milieu, entre l'extension trop banale qui en ferait un inutile synonyme de dépérissement, et la synecdoque trop étroite qui le consacre exclusivement à la tuberculisation pulmonaire. Sous le nom de phthisie, nous embrasserons donc tous les cas, si essentiellement analogues entre eux, dans lesquels l'individu dépérit par le fait d'une tuberculisation quelconque. En ce sens, nous aurons non seulement une phthisie pulmonaire, mais encore une phthisie laryngée, une phthisie intestinale, une phthisie mésentérique, une phthisie péritonéale, etc.

D. Tantôt les affections tuberculeuses suivent la marche aiguë ; tantôt elles sont chroniques. Le premier cas est, sans contredit, le moins ordinaire : déjà, chez les enfans, il se montre relativement rare ; mais chez les adultes il ne se fait plus voir qu'à titre d'exception rarissime. La chronicité des maladies tuberculeuses n'est pas limitée à quelques mois, à une année ou deux, mais elle peut occuper un laps de temps beaucoup plus long, parfois dix ans, vingt ans, voire même une vie entière. Un début de forme aiguë prélude, dans certains cas, à une telle chronicité; mais le plus ordinairement les symptômes de la tuberculisation n'ont que des commencemens bénins, insidieux, ne s'accroissent que petit à petit, d'une façon lente et graduelle, et, en un mot, comme on dit, sous une forme essentiellement chronique.

765. *Coup d'œil sur quelques points importans d'anatomie pathologique.* — A. Revenons maintenant et arrêtons-nous un peu sur une forme anatomique que j'ai laissé à peine entrevoir dans la définition descriptive de la tuberculisation (76), et qui, par opposition à la forme unanimement prise pour type, par opposition à la configuration de la matière tuberculeuse en corpuscules plus ou moins régulièrement arrondis, nous présente la même matière à l'état de masses irrégulières, parfois très volumineuses, et souvent irradiant deçà et delà des prolongemens, fort irréguliers aussi, à travers le parenchyme circonvoisin. C'est là ce qu'on appelle l'*infiltration tuberculeuse.* Sous cette dernière forme, comme sous celle de tubercules proprement dits, la matière tuberculeuse se montre tantot jaune, tantôt grise, selon qu'elle a son entière perfection, ou qu'elle n'est encore qu'à un état imparfait et, pour ainsi dire, embryonnaire. De là, donc, deux variétés principales d'infiltration tuberculeuse, savoir : 1° l'*infiltration jaune ;* 2° l'*infiltration grise.* Quoi qu'il en soit, cette forme de tuberculisation se présente rarement toute seule ; d'ordinaire, on voit alentour, çà et là,

un plus ou moins grand nombre de granulations grises ou jaunes, de véritables tubercules, qui tôt ou tard, sans aucun doute, si la personne fût restée en vie, auraient contribué à former des prolongemens annexés à la masse principale, tels que je viens de les signaler tout-à-l'heure. Au surplus, les amas de matière tuberculeuse offrent maintes et maintes variétés de configuration suivant les organes dans lesquels ils se produisent : à l'intérieur des viscères parenchymateux, ils peuvent librement grossir dans tous les sens et de manière à présenter, tant dans leur corps principal que dans leurs prolongemens ou leurs appendices, les aspects les plus diversifiés et les plus bizarres; au-dessous des membranes ou à leur surface, c'est en manière de plaques plus ou moins épaisses qu'ils se forment et s'accroissent. L'infiltration tuberculeuse jaune est quelquefois, il faut le dire, bien près d'offrir une teinte tout-à-fait blanche; quelquefois, au contraire, elle a une couleur rosée plus ou moins foncée, qui pourrait faire croire qu'elle est parcourue par de très petits vaisseaux, encore bien que les injections n'y aient jamais démontré aux anatomo-pathologistes aucune trace de vascularité. L'infiltration grise est d'un gris violet, ou d'un gris clair, quelquefois un peu verdâtre; on y trouve souvent des points ou même des lignes et des arborisations de matière noire; plus fréquemment encore, on y aperçoit, à la simple coupe du tissu affecté, des ramifications plus ou moins larges, en manière de marbrures, d'un gris plus clair que le reste, et qui sont évidemment des vaisseaux, soit tout-à-fait aplatis et vides, soit contenant encore un peu de sang. Pas n'est besoin de dire que, dès l'infiltration grise, dès ce premier degré de dégénérescence tuberculeuse, le tissu affecté est plus dense, plus compacte que dans son état naturel : ainsi, par exemple, en pareil cas, le tissu pulmonaire ne crépite déjà plus ou à peine, et va au fond de l'eau.

B. Tubercules crus, d'une part, et infiltration jaune, d'autre part : voilà donc les deux formes de la tuberculisation, dans ce qu'on peut appeler la période d'état de la matière tuberculeuse. Mais, encore un coup, ces deux formes ont entre elles une telle affinité; que dis-je? une telle identité de nature que non seulement elles peuvent fort bien, comme je le disais tout-à-l'heure, coexister l'une à côté de l'antre chez le même individu et dans le même organe, mais même finir par se fondre ensemble de la façon la plus complète et la plus intime. Il est clair, assurément, que les tubercules, en s'agglomérant de plus en plus, constituent des masses tout aussi volumineuses que si la tuberculisation était née tout d'abord par voie d'infiltration.

C. Un point bien établi, et unanimement reconnu, c'est que, d'une part, le tubercule miliaire de Laënnec, tubercule menu, gris et demi-

transparent, aujourd'hui plus communément désigné sous le nom de *granulation grise*, et, d'autre part, l'infiltration grise, sont deux formes primordiales, qui, par un laps de temps plus ou moins long, se changent, l'une en tubercule cru, l'autre en infiltration jaune. Si, en effet, dans un grand nombre de cas, les granulations grises, à l'état de simplicité et de pureté parfaite, se présentent toutes seules en diverses parties du corps, ce qui, par parenthèse, est surtout fréquent chez les enfans; si dans bien des cas, pareillement, l'infiltration grise est la seule et unique altération que l'autopsie fasse constater dans un organe, il y a, par contre, d'autres cas, peut-être même plus nombreux encore, dans lesquels l'examen nécroscopique peut saisir, pour ainsi dire, sur le fait la transformation des granulations grises et de l'infiltration de même nom en matière tuberculeuse jaune, ou bien, comme cela se dit aussi, crue ou exquise; car non seulement il nous arrive de voir, dans un seul et même tissu, dans un seul et même organe, la tuberculisation jaune à côté et dans les intervalles de la dégénérescence grise; mais, qui plus est et pour preuve véritablement irréfragable de la transformation en question, il nous est donné, en maintes et maintes autopsies, de constater au sein même de la matière grise la matière tuberculeuse jaune, qui, là, par exemple, ne fait encore que poindre, ici occupe déjà une proportion considérable de la granulation ou de la partie infiltrée, ailleurs laisse à peine sur ses limites une périphérie de matière grise en quantité appréciable. Mais est-ce à dire que les choses se passent toujours de la même manière; que telle soit toujours l'origine de la tuberculisation? Est-ce à dire, encore un coup, que la matière tuberculeuse jaune ne puisse jamais se former d'emblée? Bien des pathologistes, au contraire, admettent aussi la réalité d'une pareille formation. A l'appui de cette opinion, on fait valoir surtout les deux considérations que voici : 1° qu'il y a plusieurs organes où la matière tuberculeuse grise est bien rare, tandis que la jaune s'y développe fréquemment en grande abondance (exemple, les plèvres, la pie-mère); 2° que cette matière jaune se présente souvent en grains excessivement petits et comme sous forme de poussière dans un tissu parfaitement sain tout alentour, de telle sorte qu'il est très difficile de croire qu'elle se soit formée là autrement que d'un premier jet et, comme on dit, de toutes pièces. MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 22-9) prétendent même que la granulation et l'infiltration grises ne se produisent que dans les tissus enflammés; que ce sont les résultats d'une inflammation aiguë ou chronique, mais qui, à la vérité, ne sont possibles que chez les sujets déjà tuberculeux, ou du moins prédisposés à le devenir; et, enfin, que la matière tuberculeuse jaune est la seule qui puisse naître d'emblée dans un tissu non enflammé. Mais à cet égard, l'avouerai-je franche-

ment? je ne saurais, quant à présent, et pour mon compte, formuler aucun jugement qui porte le cachet de la vérité et de la certitude.

D. Quelques observateurs, et entre autres MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 9), assurent avoir rencontré des granulations grises qui paraissaient contenir intérieurement une sorte de sérosité; car il leur a semblé, disent-ils, qu'après avoir été méthodiquement extraites, bien isolées et parfaitement essuyées, puis étant mises sur l'ongle et y étant pressées par le scalpel, elles crevaient comme autant de vésicules; toujours est-il qu'ils en ont vu sourdre un peu de liquide. Si ces observateurs ne se sont point mépris, si le fait en question est exact et réel, tant rare soit-il à retrouver et à constater, cela tend néanmoins à faire croire que la matière tuberculeuse a, en quelque sorte, un premier âge, de fort courte durée sans doute, dans lequel elle est à l'état liquide.

E. Sous le nom de *Granulation jaune*, MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 12-13) ont parfaitement bien signalé et décrit un très petit tubercule, plus mou et d'un jaune plus clair que ce qu'on est convenu d'appeler tubercule cru. La granulation jaune a, jusqu'à un certain point, les apparences d'une production pseudo-membraneuse. Elle n'est point cassante, elle ne s'écrase point sous l'ongle qui la presse; mais elle s'étale ou s'aplatit, comme le ferait une pseudo-membrane récente: aussi a-t-elle une forme en rapport à peu près infaillible et constant avec le plus ou moins de résistance que lui opposent les parties où elle vient à se développer. Dans les viscères parenchymateux, elle est arrondie; sur les membranes séreuses, elle est lenticulaire; dans la pie-mère, elle est arrondie du côté du cerveau, aplatie du côté de l'arachnoïde. Mais, assurément, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, ce ne peut être là un produit pseudo-membraneux. Ce qui distingue, même au premier aspect, la granulation jaune d'avec une pseudo-membrane, c'est précisément la régularité de sa forme, son exacte rondeur, par exemple, ou sa configuration lenticulaire; et, le dirai-je? c'est en quelque sorte son individualité très tranchée, son isolement très marqué au milieu des tissus normaux ou des pseudo-membranes qui la contiennent et l'environnent. D'ordinaire, la granulation jaune naît au centre de la granulation grise, qu'elle envahit peu à peu complétement. Mais en est-il toujours ainsi, ou bien, au contraire, peut-elle se développer quelquefois d'emblée? Même problème, même doutes, mêmes divergences d'opinion que ci-dessus (C.). Ce qu'il y a de sûr, c'est que ces granulations jaunes sont un mode d'origine des tubercules crus, si tant est même qu'elles n'en soient pas nécessairement et constamment une phase préparatoire. Il y a, en vérité, un très grand nombre de cas où l'on ne saurait dire si le corpuscule jaune est une grosse granulation,

ou un petit tubercule cru : ce qui indique évidemment la transition de l'un à l'autre de ces états de la matière tuberculeuse.

F. Le terme de *poussière tuberculeuse* me paraît avoir été heureusement imaginé par MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 13) pour désigner, d'une façon aussi exacte que pittoresque, une variété anatomique de tuberculisation, qui consiste en ce que la matière tuberculeuse se trouve disséminée en points blancs ou jaunes très petits et très multipliés. Les grains de cette poussière tuberculeuse atteignent à peine la grandeur d'un grain de semoule : ils sont semblables à des œufs de poisson ou d'insecte ; quelquefois même ils sont quasi-microscopiques, et ce n'est qu'en examinant l'organe pendant un assez long espace de temps, et avec une attention continue, qu'on parvient à les reconnaître ; on aperçoit d'abord confusément comme une sorte de semis jaune, abondamment et indistinctement jeté au milieu du tissu, et ce n'est qu'avec le regard le plus patient qu'on finit par distinguer chacun des grains arrondis ou ovales qui constituent cette fine tuberculisation. Le tissu au milieu duquel cette poussière existe et se fait voir est presque toujours envahi par une inflammation aiguë ou chronique ; quelquefois par l'infiltration grise, çà et là ou même partout. Si on presse entre les doigts une portion de ce tissu, on en exprime un liquide, soit séreux, soit sanieux ; mais la poussière en question persiste dans son intégrité ; tout au plus devient-elle quelquefois un peu moins distincte : cette expérience prouve péremptoirement que ce n'est point là une simple apparence due à la présence d'une multitude de gouttelettes d'une humeur blanche ou jaune, mais que c'est bien là une matière à l'état solide. Que cette poussière ne soit pas de nature tuberculeuse, c'est impossible, en vérité, à soutenir sérieusement. Pesons bien, en effet, les trois considérations principales que voici : 1° Cette poussière, en règle générale, ne se rencontre que dans des poumons ou autres organes déjà envahis en partie par telle ou telle forme évidente et incontestable de dégénérescence tuberculeuse. 2° La différence appréciable entre les tubercules crus et la poussière n'est, à la simple vue, qu'une différence de volume (car sa couleur est la même ; or, depuis la poussière la plus fine jusqu'aux tubercules les plus franchement caractérisés, on observe souvent, sur le même sujet, une série d'intermédiaires qui établissent, entre celle-là et ceux-ci, la transition la plus claire et la plus évidente. 3° Enfin, dans bien des cas, il est facile de reconnaître que certaines masses tuberculeuses, plus ou moins régulières, ne sont pas autre chose qu'une réunion d'une infinité de petits grains semblables à la poussière en question. Donc, encore un coup, la nature tuberculeuse de cette poussière nous semble à l'abri de toute objection.

G. De quelque façon que l'on doive expliquer et concevoir le méca-

nisme intime, suivant lequel la matière tuberculeuse naît et se multiplie au sein des organes, que ce soit par une transformation réelle des tissus organiques, ou bien seulement par le fait d'une sécrétion pathologique interstitielle, problème qui est en quelque sorte le couronnement de l'histoire nosologique de la tuberculisation, et sur lequel nous nous réservons aussi de dire notre mot,—toujours est-il que les tubercules, une fois produits, constituent véritablement une sorte de corps étrangers, qui tiennent une place que remplissait auparavant le tissu de l'organe lui-même. Lorsque ces corps étrangers sont volumineux et abondans, et qu'ainsi ils occupent un espace considérable, qu'est-ce que nous apprend alors une simple et facile inspection touchant la question de savoir si le tissu de l'organe n'a été que déplacé, écarté, refoulé, ou bien s'il a réellement disparu là où la matière tuberculeuse est venue à se développer? Pour faire admettre qu'il n'y a là qu'un déplacement du tissu, il faut de deux choses l'une : ou que l'organe soit augmenté, ou que le tissu se montre serré et condensé entre les masses tuberculeuses. Or, en premier lieu, la règle générale est qu'un organe tuberculisé conserve son volume ordinaire. Pour peu que nos lecteurs aient déjà une certaine expérience en fait d'études nécroscopiques, combien de fois, par exemple, n'ont-ils pas déjà dû voir que le poumon, quoique farci de tubercules, n'en devient pas réellement plus volumineux! Ce viscère devenu, en pareille circonstance, lourd, dur et compacte, paraît bien, il faut le dire, offrir dans les parties tuberculisées plus de volume qu'à l'état normal; mais, encore un coup, ce n'est qu'une apparence qui tient à ce que ces parties-là ne peuvent pas, comme les parties restées saines, parfaitement aérées et crépitantes, s'affaisser, à l'ouverture de la poitrine, sous la pression de l'atmosphère. Si quelques organes, comme, par exemple, les ganglions lymphatiques, font exception à la règle en question, et acquièrent bien des fois une grosseur extraordinaire par suite de leur tuberculisation, ce n'est que lorsque la quantité de matière tuberculeuse qu'ils contiennent se trouve être bien plus grande que ne l'est le volume naturel de leur parenchyme. Ce premier point étant reconnu, à savoir, que la tuberculisation n'a pas pour effet ordinaire d'augmenter le volume de l'organe, mais ne produit cette augmentation de volume qu'à titre d'effet exceptionnel, assurément fort aisé à expliquer par l'énorme abondance de la production tuberculeuse hors de proportion avec les dimensions de l'organe, reste maintenant un second point à éclaircir; il s'agit de reconnaître, ce qui n'est pas d'une observation très difficile, qu'autour des tubercules le tissu de l'organe ne se trouve point condensé comme par refoulement. A moins que ce tissu ne soit enflammé, inflammation dont je vais reparler tout-à-l'heure, il a ses apparences normales, sa densité naturelle. Ainsi en est-il, par exemple, dans le foie,

la rate, les reins, etc. Ainsi en est-il dans le poumon, dont le parenchyme continue de se montrer souple, léger et crépitant dans tous les points qui ne sont précisément ni à l'état tuberculeux ni à l'état d'engouement inflammatoire ou d'hépatisation : la seule présence des tubercules ne suffit point à produire la carnification du tissu pulmonaire, ce vice anatomique qui se produit, comme on sait, sous l'influence de la compression exercée par les épanchemens pleurétiques (587. A. 6.). Enfin, lorsque, dans les organes tuberculisés, on songe à apprécier, d'un coup d'œil tant soit peu attentif et réfléchi, la quantité de tissu organique qui demeure non tuberculenx, et qui, je le répète, n'en devient pas plus dense, il est évident, et cela l'est surtout dans le poumon, que cette quantité est au-dessous de ce que comporte l'état normal. Donc, en dernière analyse, force est bien d'avouer que, dans la tuberculisation, le tissu de l'organe n'est pas simplement déplacé, mais qu'il disparaît en plus ou moins grande quantité, à proportion même du développement plus ou moins large que prend la production de la matière tuberculeuse. Disparition susceptible de se prêter à une double interprétation : car elle peut être attribuée, soit à une transformation réelle du tissu organique, soit à une résorption moléculaire de ce même tissu sous l'influence compressive de la matière tuberculeuse, que l'on considère, dans cette seconde manière de voir, comme un produit de sécrétion pathologique. Pour laquelle de ces deux hypothèses devons-nous opter de préférence ? C'est là une question que nous ne prétendons pas éluder, mais qu'en bonne méthode on ne doit aborder et trancher qu'après avoir épuisé l'examen de tous les faits nosologiques qui nous sont fournis par une observation directe et positive sur le compte de la tuberculisation.

H. Il est une loi pathologique que la symptomatologie seule suffirait à faire reconnaître par voie d'induction et de raisonnement, mais que les investigations nécroscopiques mettent encore mieux en évidence, et font, pour ainsi dire, toucher au doigt : c'est que, dans tous les organes sans exception, les noyaux tuberculeux, en cela tout-à-fait comparables à des corps étrangers, déterminent autour d'eux, au bout d'un temps plus ou moins long, le développement d'un état inflammatoire. Ce n'est même que par l'intermédiaire de cette inflammation du tissu ambiant que la matière tuberculeuse, plus ou moins ramollie, et cessant de se trouver étroitement fixée et comme enchatonnée dans sa place, peut quelquefois même être éliminée et rejetée au-dehors de l'économie, si tant est que l'organe affecté soit de nature à lui laisser une libre issue. Mais, il faut le dire aussi, l'inflammation consécutive à la présence du tubercule n'est pas toujours éliminatoire. C'est parfois une inflammation médiocre qui, fréquemment renouvelée ou se prolon

geant sans interruption, passe à l'état chronique, et d'ordinaire favorise, à ce qu'il semble, la production de nouveaux tubercules par éruptions successives : ainsi trouve-t-on, chez bien des sujets, certains organes envahis par des milliers de tubercules, encore crus ou à peine ramollis, avec inflammation chronique de tout le tissu interjacent. D'autres fois, l'inflammation de l'organe tuberculisé est violente, envahit une étendue considérable au-delà des points occupés par la matière tuberculeuse, et peut ainsi déterminer immédiatement la mort, qui ne serait survenue que plus tard sous la seule influence des progrès de la tuberculisation.

I. Un mot maintenant sur les faits qui concernent le ramollissement de la matière tuberculeuse. L'observation la plus vulgaire et la plus superficielle est tout ce qu'il faut pour constater que la matière tuberculeuse peut perdre l'état de parfaite solidité qu'on nomme l'état cru, se ramollir et se changer en bouillie parfois presque liquide, tant il est fréquent de rencontrer, dans les organes en proie à la tuberculisation, des tubercules encore impossibles à méconnaître, quoique imprégnés d'humidité, quoique devenus entièrement mollasses, voire même réduits à l'état pultacé! Quelques pathologistes ne voient là rien autre chose qu'un effet de l'inflammation éliminatoire qui se développe autour des tubercules (H.), et par suite de laquelle la matière tuberculeuse doit nécessairement se trouver baignée de sérosité et de pus, et, par conséquent, plus ou moins rapidement délayée. Mais il en est d'autres qui soutiennent que le ramollissement du tubercule peut s'opérer de lui-même indépendamment de l'inflammation circonvoisine; que c'est là une phase particulière de l'évolution naturelle, et, pour ainsi dire, de la vie propre du tubercule lui-même, ou bien, en d'autres termes, si l'on veut, une réaction intérieure et spontanée que ce produit hétérologue, une fois parvenu à un certain point de son développement, est sujet à éprouver. Pour justifier cette dernière thèse, on se fonde principalement sur la considération des faits anatomiques qui suivent. — 1° Certains tubercules, autour desquels le tissu organique est resté jusque là exempt d'inflammation, sont plus humides que d'autres; quelquefois même ils sont infiltrés d'une sérosité verdâtre plus ou moins abondante, et quelquefois, par suite d'une telle infiltration, disséqués en plusieurs couches concentriques très distinctes les unes des autres. Eh bien, le plus ordinairement, en pareil cas, le centre du tubercule est occupé par une grosse goutte de sérosité, tantôt parfaitement limpide, tantôt mêlée de quelques petits flocons tuberculeux. Il est d'autres tubercules qui ne présentent cette sérosité que dans leur partie centrale, le reste de leur substance demeurant complétement cru. Il en est d'autres, au contraire, dans lesquels, toujours sans inflammation

ambiante, la sérosité abonde à tel point qu'ils en sont entièrement délayés, et l'on ne trouve plus à leur place qu'une cavité remplie d'une sérosité louche, avec des débris tuberculeux qui s'y montrent sous forme de flocons en plus ou moins grand nombre. — 2° D'autres fois encore, avec une pareille absence de phénomènes inflammatoires alentour, le tubercule se trouve ramolli et réduit à la consistance pultacée sans qu'on y aperçoive de sérosité libre et distincte. C'est un ramollissement homogène, et tel que nous pouvons le produire à volonté en délayant exactement de la matière tuberculeuse dans une très petite quantité d'eau. Et ce qui est important à remarquer, c'est que, bien souvent, ce ramollissement-là est borné au centre du tubercule. Il échappe donc à l'observation toutes les fois que l'on ne coupe pas en deux ces tubercules qui, sous une périphérie solide, cachent ainsi une sorte de bouillie centrale. Mais, suivant M. Louis, MM. Rilliet et Barthez et beaucoup d'autres pathologistes, qui se sont spécialement occupés d'étudier et d'éclairer l'histoire anatomique de la tuberculisation, le ramollissement central serait même le début le plus ordinaire de l'espèce de dissolution que les tubercules éprouvent. C'est surtout parmi les tubercules du cerveau qu'il est permis de bien voir et de bien examiner ce ramollissement central; car, parmi ceux-là, plutôt que parmi ceux de toute autre partie du corps, il est assez ordinaire d'en rencontrer de très volumineux, quoique simples, c'est-à-dire consistant en une masse essentiellement une, augmentée peu à peu par la superposition successive de couches nouvelles, et non pas formée par l'agrégation de plusieurs petits tubercules, primitivement isolés, qui finissent par se confondre, auquel cas, en effet, on serait en droit de considérer les ramollissemens intérieurs comme dus à un reste de tissu organique emprisonné dans la masse tuberculeuse. Or, en présence de semblables faits, qu'y a-t-il à conclure? A la rigueur, lorsque c'est la masse totale du tubercule qui se trouve ainsi ramollie et imprégnée d'humidité, sans inflammation ni suppuration du tissu ambiant, il est assurément permis d'invoquer, pour explication de ce phénomène, une irritation purement sécrétoire, en vertu de laquelle une sérosité, plus ou moins abondante, viendrait à se produire autour du tubercule, et, par suite, à le pénétrer et à en délayer la substance. Mais une telle explication ne se prête plus au cas où la sérosité et le ramollissement n'existent qu'au centre du tubercule, à ce cas, dirons-nous, dont la réalité, la fréquence, et, qui plus est, l'antériorité presque constante, dans la période de décomposition des tubercules, sont attestées par tant d'excellens observateurs. Serait-ce donc, comme quelques uns le pensent, que la matière tuberculeuse retenant, tant qu'elle est à l'état cru, une certaine proportion d'eau en combinaison, la laisse

ensuite précipiter en gouttelettes intérieures, et se trouve enfin délayée et comme dissoute par cette eau ainsi devenue libre ? Quoi qu'il en soit, personne ne songe à nier que, indépendamment du ramollissement spontané des tubercules, la suppuration du tissu ambiant ne vienne, dans bon nombre de cas du moins, contribuer pour beaucoup à la fonte de ces corps hétérologues.

J. Avec ce qui précède, rien de plus aisé à comprendre que l'existence de ces excavations ou cavernes que nous rencontrons à l'intérieur des organes tuberculisés. En effet, ces cavernes sont un résultat naturellement dû, et à ce que la matière tuberculeuse tombe en ramollissement, et à ce que, tout alentour, le tissu organique s'enflamme, suppure et s'ulcère. Elles présentent, cela va sans dire, de nombreuses variétés quant à leurs dimensions et leurs formes : les unes, par exemple, admettraient à peine un petit pois, les autres logeraient aisément un œuf de poule, ou même un corps plus gros encore. Elles contiennent des fragmens de matière tuberculeuse, du pus et des détritus organiques. Quelquefois, elles n'ont même pour parois, dans une étendue plus ou moins grande, rien autre chose que de la matière tuberculeuse ramollie. Quoi qu'il en soit, ces cavernes sont, pour la nature, un moyen de parvenir à expulser la matière hétérologue ; et, l'expulsion une fois accomplie, elles sont susceptibles de se cicatriser. Je ne crois pas à propos d'en dire davantage sous le point de vue général où je dois me renfermer ici, me réservant d'ailleurs d'insister particulièrement, dans l'article suivant, sur les cavernes tuberculeuses du poumon, comme étant celles dont l'histoire est véritablement la plus importante, et que je dois proposer au lecteur pour type du vice anatomique ici en question.

K. Enfin, par une autre métamorphose, qui est l'inverse du ramollissement, la matière tuberculeuse peut se dessécher, se durcir jusqu'à la consistance crétacée ou calcaire, en un mot, passer à l'état de pétrification. Voici, en peu de mots, quels sont les degrés par où le tubercule parvient à cette nouvelle forme : d'abord, il se montre seulement un peu plus sec et un peu plus blanc, et, au lieu de présenter une masse homogène, il semble décomposé, à le regarder de près, en un certain nombre de petits grains encore un peu mous et adhérens entre eux par un peu d'humidité, comme si c'était du plâtre délayé ; à un degré plus avancé, il offre des grains bien plus secs ; il a le même aspect, la même friabilité qu'un morceau de craie ; puis, en gardant toujours son apparence grenue et sa couleur blanche, il acquiert une dureté qui ne permet plus de le briser et de l'écraser aisément entre les doigts. Depuis que l'observation a constaté toutes les variétés qui constituent ainsi les phases successives de cette transformation, il n'est plus permis, en vérité, de nier que certaines concrétions pierreuses, à l'intérieur des or-

ganes, et notamment du poumon, soient une terminaison du tubercule, sans compter que ces concrétions se rencontrent chez des sujets qui sont ou ont été évidemment tuberculeux, et que souvent elles se montrent encore entourées de matière jaune crue. Ce point de pathologie, que je ne fais qu'esquisser ici, a été très bien approfondi, très bien exposé, avec complet développement de preuves à l'appui, par Rogée, jeune médecin qu'une mort prématurée vient d'enlever à la science : et si l'on veut être parfaitement édifié en pleine connaissance de cause sur le compte de la pétrification des tubercules, on fera bien de lire le mémoire de cet observateur, mémoire ci-après indiqué dans la bibliographie de la tuberculisation pulmonaire comme ayant été principalement fondé sur l'étude de cette tuberculisation-là. Après tout, combien peu de changement faut-il dans la constitution chimique des tubercules crus pour les transformer en corps crétacés et pierreux! De cette constitution chimique, dont on va voir l'analyse dans le numéro suivant (766), vienne seulement à disparaître une certaine proportion d'eau et de matière animale : voilà tout ce qu'il faut, rien de plus. Or, en admettant, ce que nous supposions tout-à-l'heure (I.), qu'il y ait une époque, une phase, pendant laquelle la matière tuberculeuse crue laisse déposer dans l'intérieur de ses pores son eau, ou, peut-on dire plus exactement, sa sérosité de combinaison, figurons-nous, et il n'y a rien de plus naturel, figurons-nous que cette sérosité, au lieu de demeurer là pour accomplir son œuvre de ramollissement, soit enlevée plus ou moins rapidement par voie de résorption. Que restera-t-il donc? Rien autre chose que la partie saline et calcaire. En se desséchant ainsi, la matière tuberculeuse doit naturellement diminuer de volume. Aussi est-il à remarquer que certains observateurs ont constaté l'état flasque des parois de l'espèce de kyste fibro-séreux où le tubercule crétacé se montrait logé; flaccidité amenée, selon toute apparence, par le retrait qu'avait dû éprouver le tubercule autour duquel le kyste s'était formé avant le plein et entier accomplissement de la pétrification. Ainsi enkystée et pétrifiée, la matière tuberculeuse peut indéfiniment séjourner au sein des organes sans exercer alentour aucune irritation, sans causer aucun malaise, comme il arrive à certains corps étrangers, à des balles, par exemple, qui finissent à la longue par prendre, pour ainsi dire, droit de domicile dans l'économie vivante. Cette pétrification est donc, il faut le reconnaître, un résultat heureux, un des modes de guérison que la nature peut employer en cas de tuberculisation; et ce qui prouve péremptoirement qu'il en est ainsi, c'est qu'on trouve les concrétions crétacées dans le voisinage ou dans le centre même des cicatrices qui attestent l'existence d'anciennes cavernes. Terminons en notant que cette favorable terminaison du tubercule est, à ce qu'il paraît, d'autant plus

rare que la personne est moins avancée en âge : très exceptionnellement rencontrée chez les enfans, c'est surtout chez les vieillards qu'elle constitue, dans certains cas, une véritable sauvegarde contre les terribles conséquences de la tuberculisation.

766. *Composition chimique de la matière tuberculeuse.* — Comme résultat des diverses analyses qui ont été faites et publiées jusqu'à ce jour, mais qui, en laissant beaucoup à désirer, ne diffèrent que peu entre elles sous le rapport des chiffres qu'elles posent, acceptons, d'après les autorités les plus récentes, et proposons à la mémoire de nos lecteurs, pour type chimique de la matière tuberculeuse à l'état cru, la formule que voici : c'est à savoir, sur 1,000 parties, 1° 980 parties de matière animale, ainsi désignée en masse sous cette vague qualification, et n'ayant point été déterminée et analysée elle-même, mais représentant, à coup sûr, dans son chiffre, une certaine proportion d'eau, qu'il faut reconnaître là, soit réellement en nature sous forme d'infiltration ou à l'état de combinaison, soit seulement en existence virtuelle par la présence de ses deux élémens, l'oxygène et l'hydrogène; 2° 185 parties de phosphate et de carbonate calciques; 3° 15 parties de chlorure sodique; 4° quelques traces de fer, mais à peine apparentes, à peine appréciables aux réactifs les plus sensibles, et certes absolument nulles et comme non avenues au point de vue de l'analyse quantitative.

767. *Quelle est la nature intime de l'acte vital qui produit la matière tuberculeuse?* — Question scabreuse, assurément ! Question pleine de ténèbres et d'épines! Dire qu'il y a là une manifestation irrégulière, une aberration de la force plastique (76), c'est dire une chose incontestable, bien certainement; mais ce n'est pas une explication, c'est seulement l'expression du phénomène sous une formule générale des plus abstraites et, pour ainsi dire, des plus métaphysiques, sous laquelle ce phénomène se trouve compris avec beaucoup d'autres encore. Mais, encore une fois, quel choix l'esprit doit-il faire entre deux hypothèses principales, qui ont été proposées pour concevoir et pour désigner particulièrement la formation de la matière tuberculeuse? Est-ce là un trouble inhérent à l'essence même de la nutrition, et le tissu organique, au lieu de se renouveler et de renaître semblable à lui-même dans ce perpétuel tourbillon de décompositions et de recompositions successives, va-t-il se métamorphosant par une perversion réelle des combinaisons de chimie vivante qui ont pour office naturel de réparer les déchets incessamment amenés par la désassimilation ? Ou bien, au contraire, est-ce à côté du jeu normal de la nutrition, est-ce du moins indépendamment de toute perversion des combinaisons destinées à opérer le renouvellement du tissu organique que la matière tuberculeuse se produit par voie de sécrétion dans les interstices de ce tissu? sécrétion doublement pa-

thologique, savoir, premièrement, par son siége dans la profondeur des tissus, là où l'état normal ne comporte aucune sécrétion, si ce n'est peut-être l'exhalation banale d'une vapeur séreuse, et secondement par la nature de son produit, qui est quelque chose d'hétérologue, c'est-à-dire complétement en dehors de tout ce que peut produire la vie dans l'exercice normal de la force plastique. Eh bien, tout considéré, je pense que la seconde hypothèse est celle à laquelle il faut se rallier comme étant la plus vraisemblable, la plus naturellement susceptible de se prêter à l'explication de tous les faits. Si je ne m'étends pas en longs développemens là-dessus, si j'indique à la sagacité des lecteurs la solution du problème plutôt que de la leur démontrer et de la leur imposer en quelque sorte, c'est qu'après tout la question ici entamée est du nombre de celles qui ne servent qu'à fournir une vaine pâture aux argumentations scolastiques, et ne donnent, dans le conflit des raisons pour et contre, aucune lueur bien intéressante et bien utile pour la pratique. Toujours est-il, pour trancher cette question, que, suivant une opinion qui nous paraît la meilleure et la plus naturelle, nous considérons la matière tuberculeuse comme un produit de sécrétion pathologique. Et désormais nous n'en parlerons plus autrement; car il est bon quelquefois, ne fût-ce que pour la commodité et la précision du discours, de se prononcer franchement, sauf les réserves convenables, en faveur d'une théorie déterminée, tout hypothétique et douteuse qu'elle soit encore. Dans l'hypothèse que nous adoptons, il ne reste réellement à voir rien autre chose qu'une atrophie et non pas une métamorphose du tissu même des organes, lorsque ceux-ci se présentent avec une diminution évidente de leur tissu naturel, interrompu et remplacé en maints endroits par des masses tuberculeuses : cela s'explique très bien ainsi, et se conçoit de reste à raison de la pression que doit nécessairement éprouver le tissu organique sous l'invasion de la matière étrangère qui vient en occuper les interstices, les remplir et les dilater outre mesure. Néanmoins, en définitive, il faut bien le reconnaître, l'organe ainsi affecté se trouve véritablement transformé dans une plus ou moins grande étendue, dans un plus ou moins grand nombre de points, sinon par la métamorphose de la substance même qui le composait, du moins par l'intervention d'une substance nouvelle; et voilà pourquoi, à juger les choses au premier aspect, indépendamment d'une analyse subtile, on est en droit de qualifier du nom d'hétérotrophie la dégénérescence tuberculeuse des organes. Après cela, dois-je discuter en règle la question de savoir si la sécrétion de la matière tuberculeuse est ou non de nature inflammatoire, si elle est essentiellement et constamment subordonnée à l'existence d'une inflammation des tissus où elle vient à se produire? Mais l'opinion qui tranchait cette question par l'affirmative, et qui,

naguère encore, prévalait dans l'école broussaisienne, est aujourd'hui généralement abandonnée. Nous ne nous refuserons assurément pas à reconnaître que dans certains cas, chez les individus prédisposés, une inflammation est capable d'agir à titre de cause occasionnelle très efficace pour faire développer la tuberculisation dans la partie même qui est enflammée; mais nous poserons en principe que la sécrétion de la matière tuberculeuse est une sécrétion pathologique *sui generis;* qu'elle peut s'opérer et s'opère très souvent d'elle-même, et d'emblée, sans inflammation préalable, et, en un mot, dans des tissus jusque là parfaitement sains. Quelle est la cause prochaine d'une telle sécrétion? Avouons là-dessus notre ignorance absolue, et contentons-nous, comme à l'égard de tant d'autres maladies, d'apprécier, du mieux que nous pourrons, les circonstances extérieures et les conditions personnelles qui paraissent les plus propres à jouer le rôle de causes éloignées (77); et c'est précisément ce que nous allons aborder dans le numéro suivant.

768. *Étiologie.* — A. Avant tout, dans un sujet aussi important que la tuberculisation, je crois à propos de rappeler au souvenir et à la méditation des lecteurs les principes généraux que je leur ai présentés en matière de pathogénie (93-4). C'est en perdant de vue ces principes que certains esprits tombent dans un absurde scepticisme. En prenant une à une les conditions extérieures et personnelles qui ont été accusées de concourir au développement de la tuberculisation des divers organes, ils révoquent en doute, ou même vont jusqu'à nier résolument la réalité de telle ou telle cause, parce que cette cause n'a effectivement manifesté son influence que sur un certain nombre de sujets, et non pas sur tous ceux qui s'y sont trouvés soumis. Ils oublient que les diverses conditions étiologiques peuvent parfois se contrarier et se contrebalancer entre elles, se neutraliser l'une par l'autre, tandis que d'autres fois elles convergent toutes vers la production d'une maladie déterminée. Ils oublient quelle part immense il faut imputer à la prédisposition. Assurément, il ne paraît y avoir aucune cause, peut-être absolument aucune, qui, à elle toute seule, soit assez puissante pour produire la tuberculisation, et qui n'ait besoin d'être aidée par d'autres influences. A peine permettrons-nous d'excepter l'idiosyncrasie originelle; car si, dans bien des cas, cette cause se manifeste avec les apparences d'une inévitable fatalité, force est d'avouer, néanmoins, qu'il n'y a pas là de démonstration rigoureuse et inflexible qui nous interdise une pensée moins désolante. Pourquoi ne pas croire, de préférence, que la terrible prédisposition, née dans l'instant même de la conception, peut indéfiniment demeurer latente, grâce à un heureux concours d'influences salutaires qui la neutralisent, ou, du moins, ne lui fournissent jamais l'occasion

d'éclater en manifestations effectives? Ainsi donc, il est bien entendu qu'ici, comme partout ailleurs, nous n'allons accuser différentes causes qu'avec les restrictions nécessaires, et sauf toutes les réserves convenables.

B. En ce qui concerne la catégorie des causes prédisposantes extérieures (79), nous devons accuser les influences qui suivent, et dont les unes sont mises hors de toute controverse raisonnable par l'irréfragable autorité de statistiques dressées sur une large échelle, les autres admises par le sentiment à peu près unanime des meilleurs observateurs, ce qui ne laisse pas que de nous les rendre justement suspectes, même sans un attirail de relevés numériques.

α. Et, d'abord, les *climats tempérés*, plus que les climats chauds et que les climats froids, puis ceux-ci et ceux-là plus que les climats très froids et que les climats très chauds (76. ϐ.), ont leurs populations atteintes et décimées par les maladies tuberculeuses.

ϐ. L'*hiver*, dans notre climat, du moins, me paraît être, de toutes les saisons, celle où les maladies tuberculeuses se déclarent le plus ordinairement, et où elles ont le plus ordinairement aussi leurs recrudescences et leurs aggravations. Mais est-ce à dire que ce soit là précisément le temps même où se fasse de préférence la sécrétion de la matière tuberculeuse? Serait-ce seulement que l'hiver fût surtout propre à favoriser le ramollissement des tubercules, et à faire naître l'inflammation du tissu ambiant?

γ. La *privation habituelle de la vivifiante influence des rayons solaires*, comme il arrive aux individus qui passent leurs journées au fond des mines, dans des ateliers sombres, dans des appartemens exposés au nord, etc. : voilà une circonstance généralement reconnue pour contribuer au développement de la tuberculisation, principalement chez les enfans. Et, à ce qu'il me semble, c'est peut-être là une des raisons pour lesquelles les enfans de la classe riche, bien nourris, bien vêtus, bien soignés, et respirant en général un air assez pur, ne sont pas exempts de fournir une très notable proportion de tuberculeux. Tant il est ordinaire qu'on néglige de leur assurer dans le régime de leur éducation physique les bienfaits de l'insolation! Heureux quand une éducation trop efféminée ne les leur interdit pas systématiquement, et ne les condamne pas à un étiolement déplorable par excès de crainte pour le hâle et les coups de soleil!

δ. Avoir son *habitation dans un air humide ou impur*, voilà deux conditions qui sont unanimement flétries par les pathologistes comme étant faites,— sinon pour créer les tubercules en l'absence de toute prédisposition, ce que quelques auteurs sont pourtant bien près de reconnaître comme l'un des effets possibles de la seule impureté de l'air,— du

moins pour contribuer beaucoup, chacune isolément, et surtout la dernière, et à bien plus forte raison encore quand elles sont toutes deux réunies, à ce que la prédisposition ait son plein et entier effet, ou, en d'autres termes, à ce que l'imminence, jusque là purement virtuelle, de la sécrétion tuberculeuse se tourne en une malheureuse réalité. Ainsi donc, par exemple, toutes choses égales d'ailleurs, les chances de tuberculisation augmentent lorsqu'on habite un rez-de-chaussée très humide, — lorsqu'on travaille du matin au soir dans des caves, comme les tisserands de certains pays, — lorsqu'on vit dans des logemens étroits, et dont l'air se renouvelle mal et se trouve vicié par la respiration et les émanations d'un trop grand nombre de personnes, etc., etc., etc.

ε. Notons aussi l'*insuffisance de l'habillement*, eu égard aux exigences du climat et de la saison. Soit dépenaillement misérable, comme chez les pauvres souvent à moitié nus de la pauvre Irlande. Soit parce que, même sans être en haillons, on se vêt d'étoffes trop légères et pas assez chaudes. Soit seulement parce qu'avec une constitution délicate, avec une prédisposition aux affections tuberculeuses, on emploie pour linge de corps et en contact immédiat sur la peau la toile de lin ou de chanvre, et non pas le coton, qui, en bonne hygiène, me paraît tout-à-fait digne de préférence, comme étant un plus mauvais conducteur du calorique, comme étant de nature à ne pas permettre une si rapide, et, par conséquent, si froide évaporation de la sueur ; en un mot, comme possédant en partie, et jusqu'à un certain point, les avantages de la flanelle. Bref, tout cela revient à dire que les injures continuelles du froid et de l'humidité, quand on n'en est pas convenablement garanti par de bons vêtemens et de bonnes chaussures, jouent un rôle dans le développement de la tuberculisation : et c'est ce qu'il me semble impossible de méconnaître.

ζ. Enfin, une *alimentation défectueuse*, une alimentation réduite à de trop petites rations, ou bien, quoique suffisante en apparence sous le rapport de la quantité, mauvaise néanmoins par la qualité peu nutritive des substances qui en font la base ordinaire : voilà ce que les meilleurs esprits s'accordent à considérer comme une influence des plus réelles et des plus puissantes dans la pathogénie de la tuberculisation. C'est là, sans nul doute, une des causes les plus actives, en vertu desquelles existe cette grande loi de statistique médicale, et, dirai-je aussi, vu la déplorable importance des maladies tuberculeuses, cette grande loi de statistique administrative et politique, à savoir : qu'il y a une plus forte proportion de sujets tuberculeux dans la classe ouvrière et pauvre que dans la classe des gens aisés et riches. Ajouterons-nous que, chez les personnes originellement prédisposées à la tuberculisation, il n'est pas même besoin que l'alimentation, pour venir en aide à cette prédisposition,

soit essentiellement et radicalement mauvaise? Il suffit alors qu'elle ne soit pas très réparatrice, qu'elle ne soit pas analeptique.

C. Maintenant, en ce qui touche aux conditions étiologiques personnelles qui peuvent contribuer, avec plus ou moins d'efficacité, au développement de la tuberculisation, voici ce qu'il y a de plus remarquable à observer :

α. Le *sexe féminin* est plus sujet aux maladies tuberculeuses que le sexe masculin. Dans toutes les statistiques dressées sous ce rapport, il offre un certain excédant, dont le chiffre est variable, mais toujours digne de remarque. Et cette différence entre les deux sexes se montre dès l'âge le plus tendre; car les recherches de M. Papavoine, ainsi que celles de MM. Rilliet et Barthez, ont constaté que les maladies en question existaient en plus forte proportion chez les petites filles que chez les jeunes garçons.

б. Toutes choses égales d'ailleurs, c'est *en raison inverse de l'âge* que, sous un point de vue général, il faut compter le plus ou moins d'aptitude du corps humain au développement de la sécrétion tuberculeuse, en commençant toutefois par excepter les deux ou trois premières années de la première enfance, durant lesquelles la tuberculisation est relativement rare. Cette exception posée et reconnue, force est bien d'avouer encore que l'enfance, prise en bloc, est l'âge le plus maltraité, le plus décimé par les affections tuberculeuses : tant, depuis trois ans jusqu'à la puberté, sont fréquentes ces affections-là ! C'est surtout dans l'enfance que chacun des divers organes du corps humain se montre susceptible de se tuberculiser isolément : c'est surtout dans l'enfance que sévissent les cas si redoutables de tuberculisation générale aiguë. Seulement, il est à propos de remarquer que, chez les jeunes filles, aux approches et à l'époque de la première menstruation, cette extrême aptitude du premier âge pour la sécrétion de la matière tuberculeuse va même jusqu'à prendre un nouveau degré d'accroissement, un accroissement hors de ligne, suivant du moins le sentiment de plusieurs auteurs, auxquels je ne fais pas difficulté de m'adjoindre. Au-delà de l'enfance, et surtout au-delà de l'adolescence, il est de règle que la tuberculisation pulmonaire est à peu près la seule qui fasse encore beaucoup de victimes; et les autres tuberculisations, quand elles ont lieu, lui sont presque toujours consécutives et subordonnées. Cette tuberculisation-là n'est pas, assurément, incompatible avec l'âge mûr et la vieillesse, comme le veut un préjugé populaire assez bien enraciné malgré tant d'exemples contraires qui se reproduisent journalièrement, et qui auraient dû, ce semble, rendre impossible une pareille erreur. Mais toujours est-il que, parmi les personnes âgées, le nombre des tuberculeux est moindre que parmi les jeunes gens, et que la tuberculisation,

sans être tout-à-fait étrangère à la pathologie des vieillards, n'y figure plus que comme un cas, sinon extraordinaire, du moins très peu fréquent.

γ. Le *tempérament phlegmatique* est généralement accusé d'être le plus propre au développement des maladies tuberculeuses, quoique, après tout, il faille bien reconnaître qu'il n'y a aucun tempérament qui soit exempt de payer tribut, et un assez notable tribut, à ces mêmes maladies.

δ. L'*idiosyncrasie originelle* (80. D.) est unanimement reconnue par les observateurs les plus éminens et les plus judicieux pour une des causes les plus puissantes, si ce n'est même la plus puissante, la plus fatale, la plus inévitable, du développement des affections tuberculeuses. Maintes et maintes fois, en effet, la tuberculisation apparaît, soit comme maladie héréditaire, soit simplement comme maladie de famille (80. D. 6.), sans qu'il y ait la moindre raison d'accuser aucune autre chose que ce puisse être, sinon une disposition créée dans l'acte même de la conception. Acte profondément mystérieux, sans aucun doute, acte inexplicable, et, si l'on veut même, inabordable à la pensée humaine ; mais qui, après tout, a pour effet certain et manifeste de fonder tant de ressemblances physiques et morales, qu'il est si ordinaire de rencontrer entre les enfans et les parens, ou bien entre frères et sœurs. Ainsi, je ne crains pas d'affirmer, avec une pleine et entière conviction, la réalité et la puissance de l'idiosyncrasie originelle en fait de tuberculisation. Mais je me garderai bien de me laisser entraîner à de longs développemens que les limites de mon ouvrage ne peuvent comporter, et je laisse à la sagacité du lecteur le soin de compléter la thèse en question, et de la défendre contre les chicanes des esprits vétilleux. Seulement, je crois devoir ajouter une remarque très importante, que j'ai déjà énoncée plus haut, il est vrai, mais qu'il est à propos de remettre ici en sa place naturelle : c'est que l'idiosyncrasie originelle, capable évidemment de développer, à elle toute seule, chez certains sujets, la tuberculisation, ne la développe chez d'autres qu'après avoir été aidée, et, pour ainsi dire, malheureusement fécondée par l'intervention de circonstances auxiliaires. On aurait assurément grand tort de la considérer comme une cause absolument infaillible, toujours suivie d'effet, et toujours impossible à conjurer : ainsi que toute autre cause, elle a ses degrés, et, pour parler mathématiquement, ses *maxima* et ses *minima* ; elle a, dans les circonstances concomitantes, ses conditions d'activité ou de neutralisation. Encore un mot : mais pour descendre de ces hautes considérations à un petit fait qui me paraît toutefois digne d'attirer l'attention, je veux parler d'un caractère extérieur, d'un certain trait de physionomie, qui, suivant MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*,

p. 126), serait l'un des attributs les plus ordinaires d'une prédisposition originelle à la tuberculisation; à en juger d'après le relevé qu'ont fait ces consciencieux observateurs, les cils longs et recourbés, que le monde loue et admire comme une beauté, auraient, en revanche, le malheur d'exister bien plus fréquemment chez les enfans tuberculeux que sur ceux qui ne le sont pas.

ε. N'hésitons pas d'accuser ici, à plus de titre, assurément, que les conditions naturelles de sexe, d'âge et de tempérament, et presqu'à autant de titre que l'idiosyncrasie originelle, les *conditions accidentelles d'épuisement de la constitution*, lesquels ont vraiment un très grand rôle, un rôle impossible à méconnaître dans l'étiologie de la tuberculisation. Ce sont : 1° les excès de coït ou de masturbation ; 2° les fatigues de l'allaitement, surtout prolongé outre mesure, chez les femmes d'une constitution naturellement trop délicate, ou bien déjà minée par d'autres épreuves; 3° les tristesses profondes, inconsolables, toujours présentes à l'esprit, sans répit ni distraction aucune ; je puis assurer, quant à moi, avoir observé en ce genre quelques faits des plus convaincans; j'ai vu la tuberculisation pulmonaire se déclarer et marcher avec une effrayante rapidité chez des personnes très bien constituées, exemptes indubitable-blement de prédisposition héréditaire, ayant été jusque là parfaitement bien portantes, menant une vie aisée et régulière, mais qui, après un revers de fortune, après une déception dans la carrière de l'ambition, ou bien après la perte d'un être passionnément aimé, s'étaient laissées tomber dans un désespoir sans remède et sans fin, et avaient éprouvé tout de suite un abattement physique en harmonie avec leur abattement moral; 4° les veilles excessives, et qui, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois de suite, prennent sur les heures rigoureusement dues au sommeil, soit pour le bal, le plaisir et l'orgie, soit, plus noblement, mais non moins imprudemment, pour les travaux manuels ou intellectuels, pour gagner du pain ou de la gloire; 5° enfin, les maladies graves, quelles qu'elles soient, aiguës ou chroniques, laissant après elles une languissante et pénible convalescence (80. H.), ou entretenant encore, par leur existence actuelle, un état plus ou moins prononcé d'affaiblissement; et voilà précisément pourquoi il est permis d'accuser, jusqu'à un certain point, comme autant de causes de la tuberculisation, la fièvre typhoïde, la scarlatine, les fièvres intermittentes de longue durée, etc., mais sans diriger particulièrement l'accusation, comme il a plu à quelques auteurs de le faire, contre telle ou telle de ces maladies.

ζ. Dois-je répéter, après MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 115-6), que la *vaccination*, suivant la statistique qu'ils ont recueillie à cet égard, paraît constituer une condition propre à augmenter les chances de tuberculisation? Sur deux séries d'enfans, les uns vaccinés, les autres

non, construites et comparées entre elles par ces observateurs dans le cours des recherches auxquelles ils se sont livrés, il s'est trouvé que la première série, plutôt que la seconde, contenait la plus forte proportion de tuberculeux. Et voilà qu'ils se sont crus en droit de conclure, à titre de proposition probable, que la vaccine ajoute à la prédisposition originelle pour la tuberculisation. Eh bien, de bonne foi, il faut reconnaître que c'est là une assertion légère et regrettable; que, même à titre de simple probabilité, une généralisation basée en pareille matière sur un recensement fortuit de quelques centaines d'individus est une généralisation on ne peut pas plus téméraire et illégitime. Pour donner quelque valeur à un résultat purement empirique, et qu'aucune preuve rationnelle ne saurait jusqu'ici étayer, pour autoriser les esprits sévères à voir là autre chose qu'un hasard, et à ratifier le langage des nombres comme une loi de la nature, il faudrait, non pas des centaines, mais des milliers, et ce n'est pas dire assez; oui, certes, il faudrait des millions d'âmes à recenser sous le point de vue en question, autant qu'il en a fallu pour poser en loi de physiologie et de population la supériorité numérique des naissances masculines sur les naissances féminines dans le rapport de 16 : 15. MM. Rilliet et Barthez ont donc commis ici un de ces abus que je reprochais, en pathologie générale, aux iatro-statisticiens, à ces partisans exclusifs et aveugles, et, si l'on me permet de parler ainsi, à ces *ultrà* de la méthode statistique (8). Ils se sont pressés de conclure avec des nombres trop petits, infiniment trop petits. Ils se sont laissé entraîner (erreur, hélas! si naturelle et si commune) à un excès de confiance dans les résultats numériques de leurs propres observations, comme si le hasard eût dû faire que, par une sorte de miracle en leur faveur, le champ de ces observations contînt précisément, en proportions réduites, le livre même de la nature. Quant à moi, je suis fort porté à croire qu'il en sera de cette petite statistique défavorable à la vaccine, comme il en a été, par exemple, de certaine statistique qui régnait du temps où j'étais sur les bancs de l'école, il y a tantôt vingt ans, et qui établissait, en fait de tuberculisation pulmonaire, une triste prérogative du poumon droit sur le poumon gauche; celle d'être plus souvent le siége du mal, et surtout d'un mal plus avancé. Eh bien, aujourd'hui, la statistique médicale a changé cela : c'est le poumon gauche qui possède à son tour même prérogative. Et qui sait? peut-être finira-t-on par reconnaître qu'entre l'un et l'autre poumon, il y a une parfaite égalité de prédisposition pour se tuberculiser. Toujours est-il, pour en revenir à la vaccine, que, nonobstant une vaine imputation déjà jetée en avant par quelques médecins, et revêtue aujourd'hui d'un vernis numérique et d'un faux air de probabilité par MM. Rilliet et Barthez, on n'a réellement pas droit de prêter à cet heureux préservatif de la va-

riole, la moindre responsabilité dans le développement des maladies tuberculeuses, pas plus assurément que de lui attribuer une influence prophylactique contre ces mêmes maladies. En fait de statistique, encore une fois, il n'y a, sans les plus grands nombres, rien qu'incertitude et chimère. Car le hasard produit des rencontres extraordinaires : prenez deux dés, et jetez-les, peut-être amènerez-vous sur-le-champ le double six deux fois de suite, tandis qu'il y a douze cent quatre-vingt-quinze à parier, contre un, que cela n'arrivera pas.

η. La *rougeole*, ainsi que la plupart des observateurs s'accordent à le dire, est, par malheur, si souvent suivie de tuberculisation pulmonaire, ou de tuberculisation générale aiguë, et avec une manifestation tellement évidente du rapport de cause à effet, que nous ne devons pas hésiter à considérer cette maladie comme ayant véritablement une valeur à part, une puissance toute spéciale dans la pathogénie de la sécrétion tuberculeuse. Sans doute elle n'agit ainsi, elle n'aboutit à produire un si triste résultat, que dans les sujets déjà prédisposés à la tuberculisation par leur idiosyncrasie originelle ou autrement; mais elle n'est pas là, en vérité, avec le simple caractère de cause occasionnelle banale; elle paraît avoir quelque chose de plus, quelque chose de particulièrement propre à renforcer et à faire éclore la prédisposition en question, quelque chose qui touche de près à la qualité de cause déterminante.

θ. Les *inflammations* aboutissent, dans un certain nombre de cas, à la tuberculisation de la partie même qui est enflammée. Mais ce n'est pas là, sachons-le bien, une terminaison naturelle du travail inflammatoire. Ce n'est que chez des sujets déjà très prédisposés à la sécrétion de la matière tuberculeuse que l'inflammation peut avoir une si funeste issue. On ne saurait guère lui reconnaître, dans le développement de cette tuberculisation deutéropathique, d'autre rôle que celui d'une cause occasionnelle peu puissante par elle-même, mais qui sert à mettre en jeu la prédisposition originelle ou acquise. Tout au plus pourrait-on lui accorder sur un seul point la valeur de cause déterminante : c'est à savoir, en tant qu'elle fixe le lieu où se fera la sécrétion du produit hétérologue. Quoi qu'il en soit, au surplus, il est à propos de noter qu'entre toutes les inflammations, l'entérite et la pneumonie paraissent être celles qui sont le plus fréquemment sujettes à dégénérer en affection tuberculeuse.

D. Quant à envisager maintenant les diverses professions, par rapport à la diversité des contingens qu'elles fournissent à la statistique des maladies tuberculeuses, bornons-nous à les envisager d'une façon très sommaire, et dans leurs catégories les plus générales (81). Car c'est de ce large point de vue que nous avons à proclamer les résultats comparatifs les plus authentiques, les mieux démontrés par les statisticiens,

grâce à des recensemens faits sur une vaste échelle, et en même temps, aussi, les plus importans sous le triple point de vue de la science médicale, de l'économie politique et des utopies humanitaires. La première vérité à reconnaître, c'est que les professions libérales sont moins maltraitées, moins décimées par la tuberculisation que les professions mécaniques : et ce privilége, elles le doivent en grande partie, sans doute, à la richesse et à l'aisance ; mais encore, on ne saurait non plus le nier, à cette vie plus régulière, moins brutale, plus morale, et, partant, plus hygiénique, qui est le fruit naturel des lumières. Il est une autre vérité non moins incontestablement établie sur des relevés statistiques d'une valeur irrécusable, sur le dépouillement de ces documens administratifs qui sont le seul moyen d'obtenir les grands nombres nécessaires pour l'établissement d'une généralisation légitime, et peuvent, en effet, embrasser la population entière d'une ville, d'une province, d'un royaume. Cette autre vérité, la voici. C'est que, parmi les professions mécaniques, celles où la tuberculisation fait le plus de ravages et apporte le plus de mortalité sont les professions sédentaires. Voilà le fait ; voilà un axiome étiologique. Reste seulement à discuter encore la question de savoir si la cause du mal gît tout entière dans le défaut d'exercice, ou si elle ne consiste pas plutôt en ce que les professions sédentaires s'exercent, la plupart du temps, dans un air malsain, mal renouvelé, corrompu, et ainsi réunissent, toutes ou presque toutes, sinon essentiellement et par une indispensable conséquence de leur nature, du moins par une misère accessoire, le double inconvénient de ce que nous avons catégorisé sous le titre de professions mixtes (81. B. γ.).

E. Terminons en insistant sur une vérité qui ressort avec évidence de tout ce que nous venons de voir. Cette vérité, c'est que, après certaine prédisposition occulte, dont la raison ne saurait nier la réalité, mais dont il est absolument impossible, quant à présent du moins, de deviner la nature, les conditions manifestes qui se montrent le plus éminemment propres à aider, à exciter, à produire même le développement de la tuberculisation, rentrent toutes, ou presque toutes, dans une débilité naturelle ou acquise de la constitution. Le sexe le plus faible, le tempérament essentiellement caractérisé par le défaut d'énergie des forces vitales, les corps ruinés par la misère, par la mauvaise nourriture, par les excès de tous genres : voilà, encore une fois, où surgissent de préférence les maladies tuberculeuses. Ce sont donc là des maladies asthéniques dans leur essence. Tenons-nous-le bien pour dit, et souvenons-nous-en quand il s'agira de poser les principes qui doivent en régler le traitement.

769. *Deux mots concernant la séméiotique.* — A. D'abord, il faut bien le dire, le diagnostic des tuberculisations, surtout dans leur pé-

riode initiale, n'est pas toujours, tant s'en faut, très facile à établir : souvent même, on n'a droit de l'exprimer qu'avec un point d'interrogation, et qu'à titre de conjecture; tant ces maladies-là ont de ressemblance, dans leurs symptômes et leur marche, avec la simple inflammation subaiguë ou chronique des divers organes! Et cela n'a rien qui doive surprendre, puisque, après tout, la matière tuberculeuse a pour effet ordinaire, comme aussi pour principal inconvénient, d'exciter autour d'elle un molimen inflammatoire. En l'absence des symptômes pathognomoniques, qui, pourtant, se montrent dans un assez bon nombre de cas, et que nous apprendrons à reconnaître ou à constater dans l'histoire particulière des genres de cette famille nosographique, quelles sont donc les considérations principales sur lesquelles la sagacité du praticien peut s'appuyer? Les voici. Premièrement, n'oublions pas de mettre en ligne de compte les présomptions relatives à l'idiosyncrasie originelle, et qui sont plus ou moins fortement justifiées par ce qu'on a ou ce qu'on obtient de renseignemens touchant les maladies des parens, touchant celles des frères et des sœurs. A plus forte raison faut-il avoir des craintes, lorsque les propres antécédens du malade sont évidemment entachés ou justement suspects de tuberculisation. Il importe aussi d'envisager les influences antihygiéniques sous l'empire desquelles le malade a vécu et vit encore. Il importe d'apprécier la faiblesse naturelle ou l'affaiblissement accidentel de la constitution ; car, plus la constitution sera chétive et en mauvais état, plus grande sera, toutes choses égales d'ailleurs, la probabilité d'une dégénérescence tuberculeuse sous les bénignes apparences d'un léger degré d'inflammation chronique. Enfin, ce qui peut surtout motiver l'opinion qu'un organe est atteint de tuberculisation, même dans les premiers temps du mal, c'est, ainsi qu'on le voit fréquemment arriver, une certaine disproportion, un contraste notable entre la bénignité, voire parfois l'insignifiance des symptômes locaux, et l'intensité des symptômes généraux, le malade dépérissant de plus en plus avec fièvre hectique et sueurs nocturnes.

B. Le pronostic, en présence de la tuberculisation bien et dûment avérée d'un organe quelconque, est toujours sérieux et grave. Ce n'est pas que nous prétendions nous inscrire en faux contre la possibilité de la guérison pour tous les cas, sans exception, dans lesquels un organe tant soit peu important se trouve envahi par une sécrétion, même médiocre, de matière tuberculeuse. Loin de là : nous sommes de ceux qui pensent que la tuberculisation pulmonaire, par exemple, n'est pas absolument incurable, qu'elle n'est pas nécessairement et infailliblement mortelle; et que, dans quelques cas, une guérison solide et durable peut avoir lieu, soit après l'élimination de la matière tuberculeuse ra-

mollie, soit par suite de la pétrification de cette matière. Mais, il faut bien l'avouer, ce sont là des cas exceptionnels, très exceptionnels, jusqu'à présent du moins. Et, d'autre part, lors même que la tuberculisation se montre bornée à des organes de peu d'importance, tels que les ganglions lymphatiques sous-cutanés, par exemple, — là se révèle l'existence d'une prédisposition essentiellement constitutionnelle qui doit faire redouter, pour l'avenir du sujet, l'éventualité de la même sécrétion hétérologue dans quelque viscère noble et essentiel à la vie; là, en un mot, se laissent entrevoir à la prodiagnose (107) les chances futures de maladies plus cruelles et plus terribles.

770. *Thérapeutique.* — A. Mieux vaut tâcher de prévenir le développement de la tuberculisation, quand on a quelque raison d'en asseoir, à l'égard d'un sujet donné, une prodiagnose tant soit peu vraisemblable, que d'attendre, dans la déplorable inaction de l'insouciance, que le mal soit là, devant nos yeux, pour y opposer enfin des remèdes tardifs, et trop souvent, hélas! inefficaces. Une prophylactique éclairée, et qui a sous la main toutes les ressources convenables, doit obtenir, et obtient plus souvent qu'on ne croit, plus souvent qu'on ne saurait rigoureusement le démontrer, des succès très réels et très solides. Telle est du moins, quant à moi, ma foi inébranlable. Ainsi le commandent et l'imposent les réflexions du plus grossier bon sens sur les données étiologiques que les travaux statistiques nous ont acquises. N'en déplaise à ceux qui, là-dessus, ne professent qu'incrédulité et fatalisme, nous proclamerons bien haut que là, et là exclusivement, ou peu s'en faut, gît le secret de diminuer le nombre des victimes de la tuberculisation. Puisque l'étiologie nous apprend que la débilité des forces vitales est tout ce qu'il y a de plus manifestement propre à créer, ou, du moins, à augmenter et à faire éclore la diathèse tuberculeuse, nous devons prendre pour base de la prophylactique la médication corroborante (140-3.). Et c'est surtout dans l'exacte observance d'une excellente hygiène que nous devons mettre notre confiance. Alimentation analeptique; jouissance continuelle d'un air parfaitement salubre, d'un air pur et tempéré; bon logement, bien à l'abri de l'humidité, bien éclairé, voire même, de préférence, exposé au midi, et dans lequel, toutefois, on ne fasse point la faute d'entretenir, durant la mauvaise saison, une température excessive et de serre chaude; juste mesure d'exercice tous les jours, soit en promenades à pied, soit à cheval, soit même en vraie gymnastique; bains de rivière, bains de mer et natation; au besoin même, — chez les individus les plus menacés, les plus gravement soupçonnés de recéler la funeste prédisposition, — usage constant de la flanelle sur la peau, pratique méthodique et prudente de l'insolation pendant une heure ou deux par jour, et, si c'est possible, changement de climat, voyage ou séjour dans

un pays chaud pendant plusieurs années, au moins pendant plusieurs hivers de suite, notamment, par exemple, lorsque le sujet qu'il s'agit de préserver contre la terrible influence de l'idiosyncrasie originelle approche de l'âge où son père, sa mère, ses frères ou ses sœurs, tombèrent malades : voilà, je le répète, sur quoi nous devons principalement compter. Hors d'une bonne hygiène, hors d'une hygiène habilement réglée selon les indications particulières, mais toujours foncièrement instituée au point de vue de la médication corroborante, il ne peut y avoir de salut pour les individus prédisposés, par hérédité ou autrement, à la sécrétion tuberculeuse. Après cela, sans aucun doute, il est fort avantageux, il est même indispensable, dans certains cas, de faire venir en aide à l'hygiène les divers médicamens de vertu corroborante, tels que les ferrugineux, les préparations de quinquina, les amers, les eaux sulfureuses naturelles et artificielles en boissons et en bains, etc. C'est là une médicamentation impérieusement indiquée, toutes les fois que la constitution est débile, anémique, chlorotique, toutes les fois que le tempérament phlegmatique se montre dégénéré en cet état véritablement morbide, que nous décrirons, en *Nosographie symptomatique*, sous le nom de diathèse scrofuleuse. Et, dans ce dernier cas particulièrement, il convient aussi d'avoir recours à la médicamentation iodique, qui passe aujourd'hui pour la médicamentation antiscrofuleuse par excellence, et qui me paraît effectivement mériter, jusqu'à un certain point, sa réputation et sa vogue. Iode; iodure potassique; proto-iodure de fer, tant préconisé par M. Dupasquier contre les affections tuberculeuses, et notamment contre la tuberculisation pulmonaire (voir ci-après, n° 771); eaux minérales iodées; huile de foie de morue, laquelle, comme on sait, contient une certaine proportion d'iode : tout cela doit être mis à contribution; et si, en procédant ainsi, on n'améliore pas l'état du sujet, toujours est-il, bien assurément, qu'on ne risque en aucune façon de l'empirer, pourvu que l'administration de ces médicamens reste dans les limites voulues par la prudence.

B. Mais voilà que la tuberculisation est déclarée. Que faut-il faire? Quelles sont les indications à remplir? Le beau idéal serait de provoquer la résorption de la matière tuberculeuse, ou tout au moins d'en opérer la pétrification. Mais, par malheur, hélas! il n'y a pas la moindre apparence que la nature ou abandonnée à elle-même, ou même aidée par les médicamens jusqu'ici essayés, ait jamais accompli ce qu'on pourrait en quelque sorte nommer le miracle de la résorption des tubercules. Reste donc à espérer la pétrification de ces corps hétérologues; mais, si ce résultat n'est pas au-dessus des ressources de la force médicatrice, toujours est-il, du moins, qu'il est extrêmement rare, et que nous ignorons absolument les moyens de venir en aide à la nature pour l'ac-

complissement de cette mystérieuse et salutaire transformation. En présence de ce qui arrive le plus ordinairement, en présence des accidens liés au ramollissement et à l'élimination des tubercules, que peut donc la médecine actuelle? Nous pouvons, et nous devons pourvoir à deux indications principales. La première indication, et la plus importante, c'est de prévenir la formation de nouveaux tubercules, et de sauver réellement ainsi le malade; car, en général, une première production, ou, passez-moi le terme, une première pousse de tubercules ne suffit pas pour causer une maladie mortelle, et les tuberculisations ne sont si dangereuses que parce que l'on est trop souvent impuissant à empêcher les progrès et les nouveaux envahissemens de la sécrétion tuberculeuse. La deuxième indication est de modérer les phénomènes inflammatoires et les divers symptômes qui accompagnent les tubercules actuellement existans chez le sujet donné. Or, voici un court aperçu des moyens propres à remplir les susdites indications.

α. La *médication corroborante* (A.) est encore là la véritable voie de salut, si tant est qu'elle n'ait pas déjà échoué à titre de traitement prophylactique, et qu'elle ne se soit pas montrée incapable d'empêcher le développement de la tuberculisation chez un sujet qui est depuis longtemps ainsi traité avec tous les soins, avec toute la perfection désirable. Dans ce dernier cas, malheureusement trop fréquent, il n'y a plus guère à compter sur une pareille médication, et l'on est bien près d'être en droit de désespérer que le malade puisse guérir. Au surplus, il est bien clair que la médication corroborante ne saurait être conseillée, conduite et maintenue que sous la réserve des contre-indications, et même des impossibilités qu'y apporte temporairement ou d'une façon absolue et définitive l'appareil fébrile ou l'état vraiment désespéré des malades. En effet, pour prendre un exemple entre vingt autres, comment imposer l'alimentation analeptique à celui qui ne digère qu'avec grande peine, et qui est tombé dans l'inappétence?

β. La *médicamentation iodique* (A.) a, plus que jamais, droit d'être employée, lorsque les tubercules sont là, lorsque la médicamentation purement corroborante n'a pu ni prévenir le développement ni entraver le progrès de la tuberculisation. Non pas, je le répète, que je reconnaisse à la médicamentation iodique la puissance de faire disparaître par voie de résorption les tubercules une fois produits. Mais je ne me refuserais pas à professer que peut-être l'iode et certains autres médicamens dont il fait la base ont une sorte de spécificité nosocratique (132. B.) qui servirait à combattre et à éteindre, dans l'économie, les conditions pathogéniques de la sécrétion tuberculeuse.

γ. Les *émissions sanguines* peuvent parfois trouver un emploi opportun et avantageux pour modérer les hypérémies, les hémorragies et

les inflammations liées à la présence des tubercules. Mais ne les prescrivons que sur une indication vraiment urgente, que de loin en loin, et toujours avec une certaine parcimonie. Car nous ne devons pas perdre de vue qu'elles sont contre-indiquées, en règle générale, et sauf exceptions vraiment impérieuses; qu'elles sont en opposition avec cette indication souveraine qui réclame la médication corroborante. Prodiguer la saignée chez les tuberculeux, chez les poitrinaires, ainsi que le font encore aujourd'hui certains praticiens d'après des systèmes surannés, ainsi que les malades eux-mêmes, dans leur aveuglement, ont trop souvent la folie de le demander avec instance; c'est accroître la débilité vitale, qui est une des conditions les plus propres à favoriser la sécrétion tuberculeuse; c'est hâter le dénouement mortel.

δ. La *révulsion cutanée* (148. A. α.), opérée à l'aide du cautère actuel, des moxas, du séton, des vésicatoires, des cautères potentiels, de la pommade stibiée, etc., doit, de préférence aux saignées, être mise à contribution pour combattre les inflammations tuberculeuses. Si cette médication n'est pas très efficace, au moins ne peut-elle être nuisible.

ε. Enfin, *divers palliatifs* seront employés selon le cas, selon les symptômes prédominans (114. E.). Sulfate de quinine, quand la fièvre symptomatique de l'affection tuberculeuse a un caractère intermittent. Digitale pourprée, pour abattre l'exagération de la fièvre, quand il n'est plus du tout raisonnable de recourir à la saignée. Opiacés, pour calmer la douleur, pour modérer la toux, pour apaiser le dévoiement. Agaric blanc (à la dose de 20 centigrammes tous les soirs), pour arrêter les sueurs nocturnes; et à cet égard je dois dire qu'étant chargé, par intérim, dans les vacances de 1838, du service clinique de M. Chomel à l'Hôtel-Dieu (salles Saint-Bernard et Saint-Augustin), je soumis à l'usage de l'agaric blanc tous les malades évidemment atteints ou suspects de phthisie pulmonaire avec sueurs nocturnes abondantes; je vérifiai les propositions émises sur ce médicament par M. Bisson (132. G. o.), et je constatai que c'était là un moyen de supprimer ou de beaucoup diminuer les sueurs nocturnes, avec l'inconvénient, il est vrai, de déterminer assez ordinairement un peu de colique et même de la diarrhée.

ARTICLE II.

TUBERCULISATION PULMONAIRE.

771. *Bibliographie.* — ARÉTÉE. — (*Des causes et des signes des mal. chron.*) Liv. Ier, chap. VIII, *De la phthisie* (Περὶ φθίσιος). — Chapitre généralement cité comme un chef-d'œuvre de description (150) : phrases tout à la fois concises, aphoristiques et pittoresques.

BENNET. *Vestibulum ad Theatrum tabidorum.* Londres, 1654, in-8°.

— Londres, 1656 (après la mort de l'auteur). — Traité fort loué par Boerhaave. — Plusieurs fois réimprimé, à Francfort, à Leyde, à Leipzig, sous le titre de *Theatrum tabidorum*, *sive Phthiseos, Atrophiæ et Hecticæ xenodochium.*

MORTON. —(*Phthisiologia.* Traité publié à Londres en 1689.)—Lib. II, *De phthisi pulmonari originali;* — lib. III, *De phthisi pulmonari symptomaticâ.* — Dans les *Opera* de Morton. Lyon, 1737, 2 vol. in-4° (t. I, p. 25-155).

BOERHAAVE. — (*Aphorism.*) n. 1196-1213, *Phthisis pulmonalis.* —Voir en même temps les *Commentaires* de Van-Swiéten.

HOFFMANN. — (*Medicinæ rationalis systematicæ*, tom. IV, pars quarta.) Cap. XI, *De affectioue phthisicâ*, *sive tabe pulmonali.* — — Dans les *Opera* (150), t. III, p. 284.

BAUMES. *De la phthisie pulmonaire.* Paris, 1805, 2 vol. in-8°. (Deuxième édition.) — Ouvrage qui avait remporté, en 1783, le prix proposé sur cette question par la Société royale de médecine.

PORTAL. *Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire.* Paris, 1809, in-8° (Deuxième édition).

BAYLE (G L.). *Recherches sur la phthisie pulmonaire.* Paris, 1810, in-8°. Réimprimées dans l'*Encyclop. des sc. médic.;* volume déjà cité plus haut (760), p. 349-500. — Voyez aussi, dans ce même volume (p. 611-56), l'article que Bayle avait composé pour le *Dictionnaire des sciences médicales*, mais qui était resté inédit, n'ayant point été terminé à temps.

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIme partie, section III, chap. I, *Des tubercules du poumon, ou de la phthisie pulmonaire.*

SCHROEDER VAN DER KOLK. — (*Observationes anatomico-pathologici et practici argumenti.* Fasciculus 1. Amsterdam, 1829, in-8°.) — Pag. 53-147 (*Phthisis pulmonalis*).

ANDRAL. —(*Clinique médic.*, — t. IV, p. 1-376.) — *Observations sur la phthisie pulmonaire.*

COTTEREAU. *De l'emploi du chlore gazeux dans le traitement de la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Archives*, novembre 1830.)

TOULMOUCHE. *De l'emploi du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Archives*, avril 1834.)

TROUSSEAU. *De la forme hippocratique des doigts des tuberculeux.* (Dans le *Journ. des conn. médico-chir.*, juillet 1831.) Avec fig.

PIGEAUX. *Recherches nouvelles sur l'étiologie, la symptomatologie et le mécanisme du développement fusiforme de l'extrémité des doigts.* (Dans les *Archives*, juin 1832.)

BENOISTON DE CHATEAUNEUF. *De l'influence de certaines professions sur le développement de la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Annales d'hygiène*, t. VI, p. 1 et suiv.)

LOMBARD (de Genève). *De l'influence des professions sur la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Annales d'hygiène*, t. XI, p. 1 et suiv.)

ROCHE. — (Dans le *Dictionn. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIII, p. 1-67.) — Article *Phthisie.*— Article très remarquable, et bien digne d'être étudié, surtout en ce qui concerne le traitement, à l'égard duquel M. Roche a su, l'un des premiers, entre les médecins de notre époque, reconnaître et proclamer les droits souverains de la médication corroborante, et tracer habilement les règles fondamentales, ainsi que les dérogations motivées par les indications particulières qui réclament, dans une certaine mesure, l'intervention des émissions sanguines.

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) XXXIIe livraison, planche V, fig. 3. (Cette figure représente une vaste caverne cicatrisée dans le lobe supérieur du poumon ; et l'auteur, à ce propos, nous communique ses *Réflexions sur les cicatrices pulmonaires.*)

HIRTZ. *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la phthisie pulmonaire.* Thèse inaugurale. Strasbourg, 1836, n° 1.

GUILLOT (Natalis). *Description des vaisseaux particuliers qui naissent dans les poumons tuberculeux, et qui deviennent, au milieu de ces organes, les conduits d'une circulation nouvelle.* (Dans *L'Expérience*, année 1838, n° 35.)

FOURNET. — Ouvrage déjà cité (46. F. γ.) IIe partie.

PRUS. — Je me fais un devoir de citer ici ce médecin comme s'étant livré, depuis plus de dix ans, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, à des recherches sur la curabilité des tubercules pulmonaires, recherches dont les résultats ont été publiés dans la *Revue médicale*, mars 1834, février 1835, décembre 1837, février 1838 et février 1839, et se sont enfin formulés en corps de doctrine dans le mémoire de Rogée, élève de M. Prus.

ROGÉE. *Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire*, ou *Recherches anatomico-pathologiques sur la transformation des tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons.* (Dans les *Archives*, juin, juillet et août 1839.)

BRIQUET. *Recherches statistiques sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire.* (Dans la *Revue médicale*, février 1842.)

GUYON. *Note sur la phthisie dans le nord de l'Afrique.* (Dans la *Gazette méd.*, année 1842, p. 337-9.)

DUPASQUIER. *Études chimiques sur l'emploi du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1842, p. 829-33.) — Le médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon a publié là, en se portant garant de la vérité des faits, et en ajoutant même, de sa propre main, plusieurs notes explicatives, un Mémoire de M. Gilbert-Boissière, son élève : mémoire tendant à établir que ce

sel ferreux posséderait, contre la maladie en question, une efficacité réelle et véritablement curative. C'est là, sans doute, un travail très intéressant, très digne d'attention, encore bien qu'il soit évidemment empreint d'un enthousiasme exagéré, puisque M. Gilbert-Boissière va jusqu'à conclure, — sans être contredit par son maître, devenu son commentateur, — que, sous l'influence de cette nouvelle médicamentation, la résorption des tubercules s'accomplit; effet qui serait vraiment merveilleux, et à l'égard duquel, pour mon compte, je suis, comme on sait (770. B.), fort incrédule. — Voyez, au surplus, dans l'*Annuaire de thérap. pour* 1842 de M. Bouchardat, p. 114-23, les diverses formules que M. Dupasquier a données pour l'emploi de l'iodure ferreux, ainsi que la modification qu'y a proposée M. Félix Boudet.

VALLEIX. — (*Guide du médecin praticien*, — t. II, chap. V.)

LOUIS. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie.* Paris, 1843, in-8°. (Dernière édition.) — Monographie vraiment hors de ligne, fruit de l'observation la plus habile et la plus consciencieuse, œuvre trop haut placée dans l'estime du monde médical pour avoir besoin que je la loue et que je la recommande à nos jeunes lecteurs. Mais il est plutôt de mon devoir d'y relever ce qui me paraît être un défaut, une tache; ce que l'exemple d'un si grand observateur pourrait faire accepter à tort, dans l'école, comme un rigoureux principe de logique médicale; je veux dire un certain excès de sévérité envers ce qui est vraisemblable, tout ce qu'il y a même de plus vraisemblable, mais qui n'est pas ni ne peut être démontré numériquement, comme, par exemple, lorsqu'il s'agit de savoir si l'épuisement par l'onanisme et par le coït constitue ou non une condition propre à jouer un rôle actif dans la pathogénie de la tuberculisation pulmonaire. Et, cependant, nous autres praticiens, où en serions-nous, si nous nous avisions de regarder presque comme faux tout ce qui n'est que vraisemblable (6 et 8)? Que répondre à nos malades? Que leur prescrire, en bonne conscience?

RAYER. *Fragment d'une étude comparative de la phthisie pulmonaire chez l'homme et chez les animaux.* (Dans les *Archives de médecine comparée*, année 1843, n° 4, p. 189-219.) — Sous ce titre modeste de fragment, titre, sans doute, très exact et très vrai, eu égard à l'immensité que la pathologie comparée ouvre devant nous (4), M. Rayer a tracé un tableau substantiel de connaissances positives sur la phthisie pulmonaire de maintes espèces d'animaux, notamment dans la classe des mammifères, avec d'intéressans rapprochemens par rapport à l'histoire particulière de la

phthisie pulmonaire de l'homme, et avec des inductions non moins lumineuses qu'importantes, surtout en ce qui concerne l'étiologie.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Traité clin. et prat. des mal. des enfans.*) VIIme classe, chap. III, *Tuberculisation des poumons, et lésions secondaires.* — (T. III, p. 219-321.)

FORGET. *Lettre sur la fréquence de la phthisie, relativement aux fièvres intermittentes et continues.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1843, p. 422-4.) — Le professeur de Strasbourg réfute, par les résultats de sa clinique, la doctrine de M. Boudin, touchant un prétendu *antagonisme*, ou, pour parler plus clairement, un rapport inverse de fréquence, une sorte d'incompatibilité géographique entre les fièvres intermittentes ou paludéennes et la phthisie pulmonaire, laquelle serait rare, et même à peu près nulle, là où ces fièvres sont fréquentes ou endémiques.

BRICHETEAU. *Sur l'emploi de la paracentèse thoracique dans la phthisie pulmonaire.* (Dans le *Journal de médecine de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., mars 1843.)

BOUDET (Ernest). *Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la phthisie pulmonaire.* Thèse inaugurale. Paris, 1843, n° 35.)

BECQUEREL (A.) et RODIER. — *Recherches sur la comp. du sang.* Déjà citées (665). — Chap. V, *De la composition du sang dans la tuberculisation des poumons.* (*Gaz. méd.*, n° 50, p. 799-802.)

772. *Résumé historique très sommaire et très bref.* — Sans aucun doute, la phthisie pulmonaire a exercé ses ravages dès les premiers temps qui suivirent la création de notre espèce. Peut-être même cette redoutable maladie avait-elle déjà préludé depuis longtemps, et sévi sur les animaux qui existèrent et peuplèrent le globe avant l'apparition du premier homme, si tant est, comme je le crois, que cette priorité de création n'ait pas été une courte et insignifiante priorité d'à peine vingt-quatre heures, mais qu'elle ait dû mesurer et consommer les siècles par centaines et par milliers (Voir, dans l'*Encyclopédie nouvelle*, mon article *Animal*, § III, *De la création des animaux*, ou *Zoogénie*). Encore bien que la captivité et la domesticité soient aujourd'hui, ainsi que M. Rayer le démontre, les principales causes de la phthisie pulmonaire chez les animaux, l'état de liberté et de vie sauvage, qu'on nomme état de nature, ne constitue pourtant pas pour eux un privilége absolu qui les rende tout-à-fait inaccessibles aux atteintes de cette maladie, susceptible comme elle l'est de se développer sous l'influence de toutes les causes de débilité vitale. Sans aucun doute, encore un coup, pour ne plus parler que de l'homme, la phthisie pulmonaire a dû frapper sur lui, et le condamner à une mort prématurée, dès qu'il fut sujet à la

misère, à la fatigue, aux chagrins et au vice, dès que l'âge d'or et l'Éden ne furent pour lui rien autre chose qu'un mythe, c'est-à-dire, en un mot, je le répète, dès les premiers temps qui suivirent sa création. Toujours est-il que le plus antique monument de la science médicale, que la collection hippocratique nous offre maints et maints passages où la phthisie pulmonaire est déjà parfaitement signalée, non pas, certes, sous le rapport de ses caractères anatomiques, mais sous celui de ses symptômes et de sa marche. Pendant fort longtemps, on demeura dans l'ignorance la plus complète relativement à la dégénérescence organique qui constitue cette maladie. Jusqu'à ce que l'anatomie pathologique eût atteint cette ère de découvertes et de progrès, qui surgit en quelque sorte avec l'ère de notre immortelle révolution de 1789, et où la France, remplissant, pour ainsi dire, en médecine non moins qu'en politique, une mission de glorieuse initiative, tint un rang si haut et si brillant, grâce aux travaux des Bichat, des Corvisart, des Dupuytren, des Bayle, etc.; en un mot, jusqu'à la fin du dernier siècle, on crut et on professa généralement que la phthisie pulmonaire était le résultat d'un ulcère, mais sans bien se rendre compte des altérations anatomiques antécédentes, en vertu desquelles cet ulcère se creusait à l'intérieur du poumon. Willis, Morton, et quelques autres, avaient bien, il est juste de le reconnaître, déjà constaté et proclamé l'existence des tubercules pulmonaires; ils en avaient même entrevu le rôle, mais fort imparfaitement et fort confusément. Enfin, Bayle vint, qui, le premier, donna une bonne description de la tuberculisation pulmonaire, étudiée dans les différentes phases anatomiques par où ce mal passe et s'aggrave successivement. Et c'est sur les traces de Bayle que Laënnec, confirmant et perfectionnant les connaissances recueillies et mises en évidence par son illustre devancier, réduisit à la phthisie tuberculeuse tant et tant d'espèces de phthisies pulmonaires, admises jusque là comme étant essentiellement différentes (phthisie pulmonaire scrofuleuse, phthisie pulmonaire syphilitique, etc.). De plus, et sans compter l'impérissable gloire d'avoir ouvert au diagnostic une nouvelle et féconde source de lumières (car les lecteurs y ont déjà pensé sans que je le leur dise), Laënnec a encore le mérite d'avoir aperçu et démontré que la tuberculisation pulmonaire peut aboutir à guérison par un heureux travail de la nature dans certains cas, très rares, il est vrai, mais bien réels et bien incontestables. A cette anatomie pathologique de destruction, dans le cercle de laquelle s'étaient bornés les recherches de ses prédécesseurs, et qui semblait interdire à tout jamais l'idée de la curabilité, il ajouta cette anatomie pathologique de restauration, qui nous relève d'un semblable désespoir, et qui, en nous montrant ce que peut aujourd'hui la nature, — agissant seule, ou n'étant aidée en cela par l'art, si elle l'est, qu'à notre insu, et d'une manière

aveugle, — nous donne droit de penser qu'un jour ou l'autre, dans un avenir peut-être plus prochain qu'on ne se l'imagine, l'art, muni de nouvelles lumières et de moyens nouveaux, pourra seconder intelligemment et efficacement la nature, et multiplier ainsi les cas de guérison. Cette consolante doctrine de la curabilité de la tuberculisation pulmonaire, notre époque la voit se fortifier et s'agrandir, grâce surtout aux observations de MM. Cruveilhier, Prus, Sandras, Rogée, Boudet, etc.

773. *Synonymie.*—Phthisie pulmonaire,— et même tout simplement Phthisie, sans épithète et par excellence : pour tous les cas indifféremment, chez presque tous les auteurs d'aujourd'hui, et dans le langage de presque tous les praticiens, encore bien que le terme de phthisie ne soit applicable, dans la rigueur littérale de l'étymologie (764), que lorsque la tuberculisation pulmonaire en est venue à produire l'amaigrissement et la fièvre hectique. — Pulmonie : chez quelques auteurs d'autrefois, et notamment chez Alibert (fam. V, *Pneumonoses*, genr. VIII, dont quatre espèces répondent à notre tuberculisation pulmonaire, savoir : l'espèce 1re, *Phthisie tuberculeuse ;* l'espèce 2e, *Phthisie granulée*, qui est la *phthisie granuleuse* de Bayle, la tuberculisation à l'état de granulations grises ; l'espèce 3e, *Phthisie glanduleuse*, phthisie des scrofuleux, c'est-à-dire de ceux qui ont des engorgemens ganglionnaires ; enfin, l'espèce 8e, *Phthisie ulcérée*, qui n'est qu'un degré, une période du mal, et non pas véritablement une espèce légitime). — Pneumophthisie : voilà ce que je dirais volontiers, n'était que j'ai toujours quelques scrupules en fait de néologisme (30.).

Les malades sont dits *pulmoniques*, *poumoniques*, *poitrinaires*, *phthisiques.*

774. *Remarques concernant le siége des tubercules pulmonaires.* — A. Nous ne discuterons pas tout au long la question de savoir en quels élémens du parenchyme pulmonaire s'opère précisément le dépôt de la matière tuberculeuse. Est-ce, comme quelques uns l'ont soutenu, et, entre autres, M. Cruveilhier, dans la cavité même des vésicules pulmonaires ? Est-ce, au contraire, dans le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse bronchique, ou bien dans le tissu cellulaire intervésiculaire ? Question aussi oiseuse que subtile ! Question impossible à résoudre par une inspection directe ! Mais, entre les deux opinions que je viens de présenter, l'analogie ne permet guère de demeurer en suspens ; elle tend à proscrire la première opinion, et à ne voir rien de vrai en dehors de la seconde.

B. Ce qu'il y a de très positif, ce que l'observation clinique et nécroscopique ne cesse de vérifier journellement, c'est que, en règle générale, les tubercules ne se produisent pas d'emblée, et d'un seul jet, dans la totalité du poumon, mais bien par éruptions successives, qui,

variables à l'infini sous le rapport de l'étendue chaque fois envahie, comme aussi sous le rapport de la rapidité ou de la lenteur qu'elles mettent à se suivre, ont pour loi à peu près constante, du moins chez les adultes, de procéder du sommet à la base. La tuberculisation générale et simultanée des deux poumons est un cas, non pas impossible, non pas inouï, mais assurément très rare, eu égard à l'extrême fréquence de la phthisie pulmonaire. Chez les enfans, la tuberculisation débute assez fréquemment à la partie moyenne ou à la base du poumon. Chez les adultes, au contraire, un tel début est tout ce qu'il y a de plus exceptionnel; l'éruption des tubercules commence généralement par le sommet du poumon, puis se propage en descendant de proche en proche: de telle sorte, par exemple, que l'autopsie montrera le poumon creusé, en haut, de cavernes étendues; un peu plus bas, des cavernules et des tubercules ramollis; plus bas encore, des tubercules crus; au-dessous de ceux-ci, rien que des granulations grises; et, enfin, à la base du viscère, un parenchyme parfaitement sain.

C. Laënnec professait, et les observateurs venus après lui ne l'ont pas démenti, que le poumon droit a plus de disposition que le gauche à se tuberculiser; que, le plus ordinairement, c'est ce poumon-là qui éprouve les premières atteintes du mal, et qui, par conséquent, aussi, offre, chez la majorité des sujets, la tuberculisation la plus étendue et la plus avancée. Tout en admettant cette différence, comme parfaitement exacte pour les cas où les deux poumons sont tous deux attaqués, l'école de M. Louis enseigne, sur la foi des relevés statistiques qu'elle a jusqu'ici recueillis et rassemblés, que, pour ce qui est des cas dans lesquels la tuberculisation reste exclusivement bornée à un seul poumon, le poumon gauche est celui qui doit être proclamé comme le plus susceptible de se tuberculiser.

775. *Symptomatologie.* — Il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de tracer un tableau symptomatologique qui fût en raccourci la représentation exacte de tous les cas de tuberculisation pulmonaire. Une description telle que celle d'Arétée, tout admirable qu'elle est, ne peut embrasser qu'un certain nombre de cas, pas même assurément le plus grand nombre; elle ne résume pas tout; loin de là, elle ne fait que poser le type de ce qu'on nomme ensuite fort arbitrairement une phthisie régulière. La maladie présente, en effet, tant et tant de variétés par elle-même, sans compter les complications qui en modifient plus ou moins profondément l'aspect! Les symptômes doivent varier et varient, soit qu'on les considère en eux-mêmes, soit dans leurs combinaisons et leur mode de succession, d'abord et principalement selon les mille et une circonstances diverses que la tuberculisation même peut offrir sous le rapport de son siége, de son étendue, de sa marche rapide ou lente, de

sa production simultanée ou successive, etc., etc.; en second lieu, selon le degré de sensibilité, les réactions sympathiques et la résistance vitale, toutes choses fort peu semblables entre elles d'individu à individu. Comment ramener tout cela à un seul et unique type? Décrirons-nous, de préférence, à l'instar des anciens, une phthisie pulmonaire régulièrement divisée en trois degrés, au point de vue de la gravité toujours croissante des symptômes (1° *Phthisis incipiens;* 2° *Phthisis confirmata;* 3° *Phthisis desperata*)? Mais cette description ne donnerait idée, ni de la phthisie galopante, — ni de celle qui, au lieu de marcher sans interruption de mal en pis, ne conduit au tombeau qu'après des alternatives de relâche, de convalescence et de rechute, — ni des cas, non plus, dans lesquels la tuberculisation s'arrête pour toujours, et guérit parfaitement, même après la formation d'une assez large caverne. Choisirons-nous plutôt, pour base d'une description générale des symptômes et de la marche de ce que nous nommerions une phthisie régulière, le point de vue anatomique des divers degrés d'altération par où passe une portion donnée de poumon, une éruption de tubercules s'étant une fois faite d'un seul jet, ou à peu près! De ce point de vue, qui, au premier abord, semble si positif et si sûr, bien des auteurs contemporains, et, entre autres, Fournet (*op. cit.*, p. 404 et suiv.), posent en symptomatologie une division soi-disant classique de la phthisie pulmonaire, en trois périodes que voici : 1° une période initiale, qui dure depuis l'éruption des tubercules jusqu'à leur ramollissement; 2° une période constituée par le travail de ramollissement de la matière tuberculeuse; 3° une dernière période, pendant laquelle se forment les cavernes. Mais, en vérité, est-ce là une exacte expression de la réalité, en ce qui concerne la majorité des cas? Nous n'hésiterons pas à répondre négativement; car, le plus ordinairement, les tubercules envahissent le poumon, non pas d'un seul jet, mais par éruptions successives. D'où il résulte que les malades ont tout à la fois des tubercules crus, des tubercules en voie de ramollissement, et des cavernes; et, de là, une complexité presque constante dans l'ensemble symptomatique de la maladie, au lieu de ces formes simples et nettement caractérisées, que les livres nous décrivent comme propres à chacune des trois périodes ci-dessus indiquées. Concluons, en un mot, que, dans toutes les descriptions générales, arbitrairement posées comme type de la maladie, il peut y avoir du vrai; mais que le vrai n'y est jamais tout entier. Mieux vaut donc examiner analytiquement les principaux symptômes, soit locaux, soit généraux, de la phthisie pulmonaire, puis remarquer les particularités les plus importantes qui concernent la marche de cette maladie. Et c'est ce que nous allons faire.

A. *Symptômes locaux :* ce sont, selon le cas, 1° en fait d'habitude

extérieure, quelquefois la déformation du haut de la poitrine, le plus ordinairement la matité sous-claviculaire, et d'autres fois, mais assez rarement, certains autres phénomènes de sonorité anomale à la percussion; 2° en fait de perturbations fonctionnelles, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la toux, l'expectoration hémoptoïque, glaireuse, purulente ou autre; 3° en fait d'auscultation, l'affaiblissement ou la nullité du bruit respiratoire, la respiration jacksonienne, bronchique, caverneuse, amphorique; les râles sous-crépitant, muqueux, caverneux; le tintement métallique, la bronchophonie et la pectoriloquie (46. F. γ). Reprenons ces symptômes un à un, pour en apprécier le rôle et la valeur.

α. Et d'abord, qu'est-ce donc *que la déformation du haut de la poitrine*, en tant que symptôme véritablement, essentiellement local, c'est-à-dire, lorsqu'elle est autre chose qu'un simple détail de l'état général; autre chose qu'un résultat de l'amaigrissement et du marasme; autre chose, en un mot, que la conséquence naturelle de l'atrophie des parties molles qui revêtent le thorax, et qui se sont amincies et, pour ainsi dire, consumées au point de laisser voir les saillies et les formes du squelette? Dans le sens où nous prenons le symptôme en question, voici ce qu'il en est. Lorsque le sommet du poumon se trouve en partie détruit, diminué de volume, affaissé sur lui-même par suite des excavations qui ont succédé au ramollissement de la matière tuberculeuse, il est clair que, par horreur du vide, comme aurait dit l'antiquité, ou, pour parler scientifiquement, par l'effet de la pression atmosphérique, les parois thoraciques éprouvent un retrait proportionné à l'affaissement du parenchyme pulmonaire. De là, une dépression extraordinaire de la région sous-claviculaire; dépression quelquefois très apparente, et qui saute aux yeux, particulièrement dans le cas où elle n'existe que d'un seul côté, le poumon de l'autre côté n'étant que peu ou point altéré. Le côté resté normal, ou à peu près, fait le plus frappant contraste, et, passez-moi le terme, jure visiblement avec le côté ainsi déformé. Si, au contraire, les deux poumons se trouvent tous deux atteints en même temps et au même degré, le symptôme en question est alors moins visible, moins facile à constater et à saisir d'un premier coup d'œil, quoique, bien certainement, il y ait une diminution réelle de la circonférence du thorax. Ai-je besoin, d'ailleurs, de faire remarquer que ce symptôme doit être relativement rare, puisqu'il ne peut exister qu'à la condition d'un degré très avancé d'altération anatomique dans le poumon tuberculisé?

β. La *matité sous-claviculaire* est un des symptômes les plus ordinaires de la tuberculisation pulmonaire. Elle existe toutes les fois que le sommet du poumon se trouve engorgé d'une quantité considérable de matière tuberculeuse crue ou ramollie. Mais, si les tubercules, quoique

nombreux, sont disséminés à d'assez grandes distances dans un parenchyme encore très perméable à l'air, la matité fera défaut. Au surplus, cette matité est tantôt absolue, tantôt relative. J'appelle matité absolue, celle qui est si prononcée, si en désaccord avec la sonorité normale du thorax, que l'observateur la reconnaît aussitôt pour ce qu'elle est, sans avoir besoin de percuter comparativement l'autre côté. J'appelle, au contraire, matité relative, celle qui n'est pas très marquée par elle-même, et qui se reconnaît surtout par le moyen de la percussion comparative, l'une des régions sous-claviculaires rendant un son plus clair que l'autre région qui correspond au poumon seul tuberculisé, ou le plus tuberculisé. Il va sans dire que ces différens degrés de la matité sont en rapport avec la plus ou moins grande confluence des tubercules, avec le plus ou moins de perméabilité que l'engorgement tuberculeux laisse subsister dans le parenchyme pulmonaire. De plus, la matité sous-claviculaire se montre dans un espace plus ou moins étendu, règne jusqu'à la deuxième, troisième ou quatrième côte, et même plus bas encore, selon l'étendue même que l'engorgement tuberculeux occupe dans le poumon. Lorsque ce n'est point par le sommet du poumon que survient la tuberculisation, mais par quelque autre endroit du viscère, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les enfans, en pareil cas, il n'est pas impossible, mais, assurément, il est rare qu'un engorgement tuberculeux pur et simple, sans hépatisation pneumonique concomitante, suffise pour donner à la percussion, exercée sur les points correspondans des parois thoraciques, une véritable matité, une matité évidente et caractéristique.

γ. La *sonorité tympanique*, ou plus claire que la sonorité normale, peut survenir et se rencontrer là même où existait auparavant une matité sous-claviculaire plus ou moins prononcée : c'est lorsque l'engorgement tuberculeux se trouve transformé en une caverne, contenant, comme de raison, une certaine quantité d'air. Ce retour, cet excès de sonorité, se font particulièrement observer dans le cas où la caverne est située près de la périphérie du poumon, et où elle n'est pas séparée de la paroi thoracique par une trop grande épaisseur de tissu pulmonaire tuberculeux induré, hépatisé, en un mot, non aéré. Gardons-nous donc bien de commettre une erreur où des praticiens inexpérimentés se sont laissés quelquefois tomber, et qui consiste à voir là un symptôme d'amendement, de résolution, de retour du parenchyme à l'état normal, tandis qu'au contraire le mal n'a fait que s'aggraver.

δ. La *sonorité métallique*, c'est-à-dire tout-à-fait comparable à celle d'un vase de cuivre ou de quelque autre métal qui tinte sous un léger choc, s'offre quelquefois à la percussion dans des cas analogues à celui qui précède (γ.). Les conditions particulières qui concourent à produire cette sorte de sonorité sont encore enveloppées de mystère. Ce qu'il y a

seulement de certain, c'est qu'il faut que la caverne soit grande et qu'elle avoisine la paroi thoracique.

ε. Pareillement, le *bruit de pot fêlé* ne peut exister que lorsque la caverne est vaste et voisine de la surface thoracique, sans qu'on puisse non plus en donner une explication physique complétement satisfaisante. Seulement, à en juger d'après ce que j'ai vu, il me paraîtrait qu'il faut, pour le bruit de pot fêlé, une caverne qui, par suite des adhérences contractées intimement entre le poumon et la plèvre costale, fasse corps en quelque sorte avec les parois de la poitrine.

ζ. Les *douleurs thoraciques* n'ont absolument rien de constant; et, sous ce rapport, combien n'y a-t-il pas de variétés à signaler dans l'histoire de la tuberculisation pulmonaire! La présence de ces douleurs n'est nullement un phénomène essentiel à la maladie. Loin de là, souvent elles n'apparaissent que peu ou point, et à peine le malade accuse-t-il un sentiment de malaise obscur, de gêne et d'embarras dans le côté affecté. D'autres fois, au contraire, surtout chez les individus très nerveux, il y a, dès l'invasion de la tuberculisation, une sensation plus ou moins cruelle de chaleur, de déchirement, d'élancement, soit au-dessous du sternum, soit, plus communément, entre les deux épaules: c'est là un symptôme, non pas caractéristique assurément, mais qui n'en est pas moins digne d'attention. C'est ici le cas de parler, en outre, de ces points douloureux dont, de temps à autre, les poitrinaires sont atteints dans diverses régions du thorax, et qui sont l'effet et l'indice des pleurésies partielles en vertu desquelles s'accomplissent les nombreuses adhérences du poumon tuberculeux avec la plèvre costale. Quelquefois, mais pas toujours, la percussion, exercée sur la région qui correspond à la portion de poumon tuberculeux, éveille de la douleur: à plus forte raison augmente-t-elle et rend-elle plus apparente la douleur qui se faisait sentir là auparavant.

η. La *dyspnée* est un symptôme à peu près constant, quoique avec de grandes variétés. Dès le début du mal, il est rare que déjà le malade ne se sente pas plus sujet à s'essouffler que par le passé. Quand la tuberculisation envahit, par exemple, d'une façon suraiguë les deux poumons tout à la fois, la dyspnée se montre sur-le-champ très considérable; elle ne tarde pas à prendre le caractère de dyspnée suffocante dans toute la rigueur du terme; et c'est par elle, et par elle seulement, que le malade meurt dans une sorte d'asphyxie, avant même qu'aucun des nombreux tubercules dont ses poumons se trouvent farcis ait commencé à se ramollir. Lorsque, au contraire, les poumons ne se tuberculisent que peu à peu, et de telle sorte que le malade s'habitue successivement et à la longue à n'avoir qu'un seul poumon, qu'un demi-poumon de bon pour les besoins de la respira-

tion, la dyspnée est peu fatigante, quelquefois même à peine aperçue, à peine sentie par le malade; elle ne s'exaspère et ne devient pénible que dans la dernière période de la maladie et aux approches du dénouement mortel.

θ. La *toux*, au début de la tuberculisation pulmonaire, est ordinairement une petite toux sèche, que la plupart des malades rapportent au larynx comme au point de départ d'où ils la sentent provenir; mais déjà, sous cette forme bénigne, elle ne laisse pas que d'être, dans bien des cas, incommode et fatigante, en ce qu'elle se répète à tout moment et pour la cause la plus légère, à la moindre impression de froid, par exemple, ou à la suite d'une conversation tant soit peu animée, etc. A un degré plus avancé du mal, la toux devient encore plus fréquente et plus pénible, souvent sous forme de quintes extrêmement douloureuses, et sans occasion survenue accidentellement, mais bien par le seul fait de l'irritation ressentie à l'intérieur de la poitrine. Tantôt la toux continue longtemps de rester sèche; tantôt il ne tarde pas à se produire, avec ce redoublement de toux, une expectoration dont la nature peut être fort variée, et qui va faire ci-après (ι) l'objet d'un examen à part. Quelquefois la toux, après avoir été très violente, très cruelle pendant l'état de crudité et le ramollissement des tubercules, diminue considérablement, ou même vient à cesser, à mesure que les cavernes se creusent davantage et ouvrent une voie facile d'élimination à la matière tuberculeuse. Enfin, il faut bien le savoir, il y a des cas, rares il est vrai, dans lesquels les tubercules pulmonaires naissent, se multiplient, se ramollissent sans l'accompagnement d'une toux tant soit peu notable et vraiment digne d'être qualifiée de toux morbide.

ι. Quant à l'*expectoration*, elle offre, je le répète, de grandes variétés. Dans un certain nombre de cas, c'est une hémoptysie (230. B.) qui, précédée ou non par une longue ou courte période de toux sèche, constitue le premier phénomène d'expectoration que la tuberculisation pulmonaire fasse naître, tandis que dans d'autres cas ce même symptôme vient se surajouter à une expectoration catarrhale déjà établie depuis plus ou moins longtemps. Assez ordinairement, au début du mal, les quintes de toux n'amènent rien qu'une sorte de pituite limpide, salée, légèrement visqueuse, mais parfois en très grande abondance. Mais tôt ou tard la bronchite, inévitable accompagnement de la tuberculisation pulmonaire, produit une quantité plus ou moins abondante, souvent énorme, de crachats glaireux ou même puriformes. Généralement ces crachats ne se trouvent pas confondus en une seule et même masse dans le crachoir où le malade les rejette et les laisse accumuler; mais ils se montrent là à l'observation sous forme de petites

masses opaques, arrondies, jaunâtres ou verdâtres, et, pour ainsi dire, comme autant d'îlots au milieu d'un liquide pituiteux. C'est là ce que l'on nomme des *crachats nummulaires* (de *nummulus*, petit écu, petite pièce de monnaie). Or, s'il est vrai de dire que les crachats nummulaires sont un des attributs ordinaires de la pneumophthisie, toujours est-il, nous devons aussi le reconnaître hautement, qu'ils n'en sont pas un attribut caractéristique; car, après tout, ils ne sont pas autre chose que le produit de la bronchite concomitante. En règle générale, donc, la bronchite est la principale source de l'expectoration abondante qu'un poitrinaire peut fournir journalièrement; et voilà pourquoi cette expectoration est si rarement, si malaisément propre à servir de signe pathognomonique. Vaine et trompeuse recherche que celle à laquelle on attachait jadis une certaine importance, et qui consiste à voir si les crachats suspects surnagent ou non, quand on les laisse tomber dans de l'eau ordinaire ou dans de l'eau salée! Sans doute, les crachats glaireux surnagent et les crachats purulens vont au fond de l'eau. Mais, d'une part, tant que les tubercules sont à l'état cru, tant que le travail de ramollissement n'en est pas venu à créer plusieurs petits foyers de suppuration dans l'intérieur du poumon, les poitrinaires peuvent ne présenter qu'une expectoration purement glaireuse. Et, d'autre part, il est des cas de bronchite chronique pure et simple dans lesquels l'expectoration est purulente (510. C.). Vainement encore a-t-on prétendu mieux réussir, par le moyen des réactifs chimiques, à distinguer les crachats des catarrheux et des poitrinaires. Prétention à peu près impossible à réaliser, puisque, encore un coup, au point de vue de l'expectoration, le poitrinaire n'est, la plupart du temps, rien qu'un catarrheux, ou peu s'en faut. Sans doute, dans le deuxième et dans le troisième degré anatomique de la tuberculisation, la matière tuberculeuse ramollie et le pus des excavations pulmonaires viennent se mêler au produit de la sécrétion bronchique. Mais, d'abord, pour ce qui est du pus, ai-je besoin de redire que les crachats purulens n'ont rien de vraiment caractéristique? Quant à la matière tuberculeuse, elle échappe assez généralement aux regards de l'observateur, cachée et perdue comme elle l'est au sein de cette expectoration glaireuse ou purulente dans laquelle elle n'entre qu'en très petite proportion, que pour un millième, par exemple, suivant l'évaluation de Laënnec (*loc. cit.*, pag. 687), que pour un cent-millième, ou peut-être moins encore, et, comme de raison, à l'état de division extrême. Mais quelquefois les crachats nous présentent la matière tuberculeuse sous forme de grumeaux blanchâtres ou de filets vermicelliformes, de manière à la laisser parfaitement reconnaître. A ce propos, il est bon d'être averti qu'au premier aspect il serait fa-

cile de confondre avec les grumeaux de matière tuberculeuse certains grumeaux de matière sébacée qui, chez quelques sujets, sont fournis en abondance par les amygdales. Voici les différences propres à empêcher une semblable méprise : 1° écrasée entre les doigts, la matière sébacée donnera une odeur fétide, tandis que la matière tuberculeuse restera inodore ; 2° celle-ci ne graissera pas non plus, comme celle-là, le papier sur lequel on l'aura soumise à l'action de la chaleur. Ainsi donc, la tuberculisation pulmonaire a bien, comme la pneumonie, ses crachats pathognomiques ; mais, au rebours de la pneumonie, c'est à titre d'exception plutôt qu'à titre de règle. Quelquefois il arrive aux poitrinaires d'expectorer tout-à-coup, et en guise de vomissement, une abondante quantité de pus, mélangé ou non de sang, avec ou sans grumeaux tuberculeux : c'est ce qu'on appelle une *vomique*, phénomène dû, en pareil cas, à ce qu'une caverne, jusque là restée close ou à peu près, vient à s'ouvrir, par suite des progrès de l'ulcération pulmonaire, une issue assez large dans les voies bronchiques. Et il est des cas dans lesquels une semblable expectoration se renouvelle périodiquement, — tous les jours, par exemple, — et évacue ainsi d'un seul coup le pus qui s'est produit et amassé dans la caverne. Quelquefois, mais rarement, très rarement, il arrive qu'un poitrinaire rejette avec ses crachats quelques débris de tissu pulmonaire ; il y a donc un peu de vérité dans cette locution du vulgaire qui répète banalement que les poitrinaires *crachent leurs poumons.* Dans le cours de la maladie, on voit l'expectoration, non seulement changer souvent de nature et d'aspect, mais parfois se supprimer tout-à-fait pendant des semaines, des mois entiers que la toux redevient sèche comme au début, ou bien cesse elle-même complétement. Quand la tuberculisation est à un degré très avancé, quand le poumon est creusé de grandes cavernes ou de nombreuses cavernules, l'expectoration se présente le plus communément sous forme de purée grisâtre ou rougeâtre, tantôt inodore, tantôt fétide. Quand le malade approche de sa fin, il n'est pas rare que l'expectoration se supprime, soit que la force manque pour expulser les crachats, soit qu'il y ait résorption du pus et du mucus puriformes, soit que les sécrétions morbides cessent de se faire. Mais même, indépendamment de ces cas de débilité ultime et de mort prochaine, on a quelquefois observé une absence complète de toux et d'expectoration chez des individus qui portaient des cavernes tuberculeuses en plein travail d'ulcération. Enfin, je dois signaler au lecteur une expectoration, fort extraordinaire, assurément, mais qui a été observée chez quelques poitrinaires : c'est l'expectoration d'un plus ou moins grand nombre de calculs qui n'étaient, il n'y a pas de doute à cela, rien autre chose que de la matière tuber-

culeuse pétrifiée. Un des exemples les plus remarquables en ce genre est celui qu'on lit dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Cas rares* (t. IV, p. 216) : il s'agit d'un phthisique de New-York, lequel, huit mois avant sa mort, expectora plus de deux cents petites pierres, irrégulières de forme, dures, couleur gris d'ardoise, et que l'analyse chimique démontra être principalement composées de phosphate de chaux.

κ. A l'auscultation, le *bruit respiratoire faible ou nul* est ce qui s'observe dans quelques cas, mais moins fréquemment, toutefois, qu'on ne serait porté à le prévoir et à le penser de prime abord, moins fréquemment qu'il n'arrive de rencontrer quelque autre phénomène stéthoscopique d'entre ceux que nous allons passer en revue ci-après. Car il faut, pour cela, qu'au-dessous du champ d'auscultation que l'oreille vient à embrasser sur la surface de la poitrine, le poumon ne soit plus qu'une sorte de masse tuberculeuse à peu près également compacte dans tous ses points, et dans laquelle l'air ne pénètre plus ou presque plus. Inutile de dire qu'en pareil cas la matité ne manque pas non plus de se trouver là.

λ. La *respiration jacksonienne*, ce prélude de la respiration bronchique, est le phénomène stéthoscopique qui se montre en coexistence avec les premiers développemens d'un état tuberculeux du poumon. Bien souvent elle peut être constatée par une oreille exercée, avant que la moindre apparence de matité sous-claviculaire puisse être saisie par la percussion la plus habile et la plus délicate. C'est surtout par l'auscultation comparative des deux côtés de la poitrine qu'on réussit à bien reconnaître la respiration jacksonienne. C'est après avoir écouté, par exemple, au-dessous de la clavicule gauche, le bruit respiratoire resté normal; c'est après avoir attentivement observé là le bruit d'inspiration et le bruit d'expiration dans leurs rapports naturels de durée et d'intensité, que le praticien trouvera d'autant plus frappante, dans la région sous-claviculaire droite, une interversion pathologique de ces rapports, en un mot, une expiration prolongée et devenue plus bruyante.

μ. La *respiration bronchique* succède à la respiration jacksonienne lorsque, dans la portion de poumon atteinte de tuberculisation, les tubercules sont encore plus nombreux, plus gros, plus serrés, de manière à laisser peu d'espace accessible à l'air, mais toutefois sans que toutes les ramifications bronchiques y soient comprimées et affaissées au point de ne plus être perméables, auquel cas on observerait la nullité ou l'extrême faiblesse du bruit respiratoire (κ). La respiration bronchique peut fort bien aussi, dans bon nombre de cas, être due à l'existence de cavernes, mais encore trop petites ou trop profondément situées pour

produire une respiration caverneuse bien caractérisée. Quoi qu'il en soit, la respiration bronchique ne peut guère exister dans la région sous-claviculaire, que déjà la matité n'y existe aussi à un degré plus ou moins prononcé.

ν. La *respiration caverneuse* se montre, cela va sans dire, là où existe une caverne pulmonaire assez vaste, et qui ne se trouve pas remplie de pus ou de mucosités à l'instant de l'auscultation.

ξ. La *respiration amphorique* est un phénomène qui peut aussi se présenter, quoique plus rarement que la respiration caverneuse pure et simple, dans le cas où le poumon se trouve creusé d'une caverne vaste.

ο. Le *râle sous-crépitant*, indépendamment de ce qu'il peut se produire comme symptôme de la bronchite concomitante des tubercules pulmonaires, paraît évidemment se lier au travail de ramollissement de ces corps hétérologues. Mais, à ce titre, il faut bien le dire, le râle sous-crépitant n'a guère de valeur séméiologique que lorsqu'il se montre exclusivement confiné dans le sommet du poumon. Quelquefois alors, il se présente véritablement sous forme de *craquemens secs*, suivant le terme que bien des médecins aiment à employer. Car ce sont des craquemens aussi secs que ceux du râle crépitant proprement dit, ou râle du premier degré de la pneumonie; mais toutefois avec des différences tout-à-fait capitales et caractéristiques, à savoir : 1° qu'ils sont plutôt isolés que groupés en masse ; 2° qu'ils sont moins fins et surtout moins uniformes, moins égaux entre eux ; 3° enfin qu'ils se font entendre, non seulement pendant l'inspiration, mais encore pendant l'expiration, surtout quand on recommande au malade de respirer fortement, ou quand on le fait tousser.

π. Le *râle muqueux* se fait entendre lorsque le ramollissement de la matière tuberculeuse est parvenu à un degré avancé, et que, pour mieux dire, il y a déjà de petites cavernes où l'air grouille à travers la matière tuberculeuse ramollie et le pus. C'est là ce qu'on désigne souvent sous le nom de *craquemens humides*. Voilà ce que quelques auteurs ont qualifié de *râle cavernuleux*, comme si ce râle pouvait jamais par lui-même, et en tant que phénomène acoustique, accuser clairement la présence des cavernules pulmonaires. A quoi bon multiplier, sans nécessité, de vaines distinctions de pure nomenclature dans l'étude des phénomènes stéthoscopiques? Le prétendu râle cavernuleux n'est et ne peut être, pour l'oreille la plus fine et la mieux exercée, rien autre chose qu'un râle muqueux parfaitement semblable à celui de la bronchite. Mais c'est seulement par les yeux de l'esprit que nous voyons dans le râle muqueux un râle cavernuleux ; c'est en combinant ce signe avec d'autres ; c'est en tenant compte de toutes les circonstances dans les-

quelles il vient à se produire ; c'est en remarquant, par exemple, qu'il ne se fait entendre qu'au sommet du poumon, qu'il coexiste avec la respiration jacksonienne ou bronchique, avec un certain degré de bronchophonie, avec la matité sous-claviculaire, etc.

ρ. Le *râle caverneux* ne se fait entendre que lorsqu'une caverne a acquis une certaine étendue, et il n'a lieu qu'autant que la caverne contient actuellement des matières liquides ; lorsqu'elle vient de s'en vider complétement par un ou plusieurs efforts d'expectoration, on n'y peut plus entendre que la respiration caverneuse ou amphorique.

σ. Le *tintement métallique* se fait quelquefois entendre à l'intérieur des excavations tuberculeuses du poumon ; mais cela ne peut arriver, à ce qu'il paraît, que dans le cas où la caverne est vaste et où elle présente en même temps le phénomène de respiration amphorique.

τ. La *bronchophonie* se produit, comme on sait, partout où existe la respiration bronchique, pourvu que le malade ait encore une voix tant soit peu sonore, pourvu que son larynx ne soit pas atteint d'aphonie. Par conséquent, de même que la respiration bronchique, la bronchophonie peut se rencontrer, soit lorsque la tuberculisation est encore à l'état cru, mais qu'elle constitue déjà un engorgement assez notable et assez compacte, soit lorsqu'une caverne existe, mais trop petite ou trop profondément située pour donner naissance à la pectoriloquie. Pour apprécier un degré encore faible, un commencement de bronchophonie accidentelle ou pathologique, il ne faut pas manquer à la règle d'ausculter comparativement les deux côtés de la poitrine, les deux régions sous-claviculaires.

υ. La *pectoriloquie*, ce singulier phénomène dont, à l'origine des découvertes stéthoscopiques, on se préoccupa particulièrement, et qui fut dès lors proclamé comme le signe le plus précieux des excavations pulmonaires, n'a pourtant pas, il faut bien le reconnaître, la même valeur que la respiration caverneuse et que le râle caverneux. En effet, la pectoriloquie fait souvent défaut là où la respiration et le râle accusent en toute évidence une caverne ; il est rare qu'elle soit parfaite, bien caractérisée, essentiellement distincte de la bronchophonie. C'est que, pour produire une pectoriloquie véritable et parfaite, il faut une caverne ni trop petite ni trop grande, mais de moyenne dimension, et sans doute aussi, avec cela, quelques autres conditions anatomiques et physiques qui ne sont pas encore trop bien connues, et dans la discussion desquelles je m'abstiendrai d'entrer faute de temps et d'espace, et surtout faute d'y apercevoir, quant à présent, quant à notre ignorance actuelle sur ce point, le moindre degré d'intérêt au point de vue de la pratique médicale.

B. *Symptômes généraux :* dont voici seulement les principaux, les plus

dignes de remarque, soit par leur importance morbide, soit par un certain degré de valeur séméiologique. Amaigrissement de plus en plus considérable, et enfin poussé jusqu'au marasme le plus hideux, jusqu'à l'aspect squelettique, — souvent avec une déformation particulière des doigts, la dernière phalange se trouvant plus grosse que les autres, qui se montrent amincies et atrophiées, et au bout desquelles elle constitue ainsi une sorte de renflement en massue, et les ongles étant là incurvés et crochus comme s'ils tournaient à la forme de griffe. Peau remarquablement sèche, du moins chez la généralité des malades, hors le moment des sueurs. Assez fréquemment, rougeur extraordinaire des pommettes, en contraste avec cet état de dépérissement qui, pour l'ordinaire, dans toutes les autres maladies, entraîne avec lui la pâleur du teint. Sentiment de malaise général, de brisement, d'affaiblissement physique et moral, même indépendamment de la fièvre, qui, très souvent, ne commence à paraître que plusieurs semaines, plusieurs mois même après le développement d'un ensemble plus ou moins grave de symptômes locaux. Tôt ou tard, appareil fébrile, soit avec des intermissions irrégulières dans le commencement, soit seulement avec des rémissions. Insomnies principalement dues à la présence de la toux. Sueurs nocturnes abondantes, soit uniquement ou principalement sur la poitrine et dans le dos, soit par toute la surface du corps. Diarrhée colliquative (460. B. ε.)

C. *Invasion de la maladie :* le plus ordinairement sous l'une des quatre formes que voici : 1° hémoptysie, 2° bronchite, 3° pleurésie, 4° pneumonie. Ainsi M. Andral, par exemple, l'a-t-il formellement professé dans sa *Clinique* (*loc. cit.*); ainsi l'expérience le démontre-t-elle à tous les praticiens. Mais c'est surtout sous les deux premières formes, sous la forme d'hémoptysie ou sous celle de bronchite, que se font et se cachent, pour ainsi dire, les débuts d'une tuberculisation pulmonaire protopathique. Pour ce qui est des cas dans lesquels le drame morbide s'ouvre par une pleurésie ou par une pneumonie, il y a grande raison de professer que, le plus ordinairement, la tuberculisation pulmonaire est là à titre deutéropathique, et que les inflammations en question, loin de ne jouer qu'un rôle symptomatique, sont la cause occasionnelle qui a servi à provoquer le développement des tubercules pulmonaires chez un sujet prédisposé. Non pas que nous prétendions méconnaître et nier la réalité des cas dans lesquels une pleurésie ou une pneumonie proprement dite se déclarent deutéropathiquement par l'effet du travail inflammatoire, qui (nous l'avons reconnu) vient presque toujours à régner dans un certain rayon autour des tubercules. Loin de là, très assurément; mais, encore un coup, nous regardons comme un fait rare, et non comme un fait impossible, qu'une tuberculisation pulmonaire pro-

topathique, jusque là restée latente et sans phénomènes morbides, fasse sa première explosion et frappe ses premiers coups sous forme de pneumonie ou de pleurésie.

D. *Durée de la maladie :* extrêmement variable. Quelquefois, quoique rarement, la tuberculisation pulmonaire est une maladie aiguë; elle peut enlever sa victime en trois mois ou six semaines, ou même moins encore; c'est là ce qu'on nomme une *phthisie galopante*, et, en général, la cause en est à ce que de nombreux tubercules se produisent par une seule et même éruption, ou coup sur coup, dans toute l'étendue des poumons. Quelquefois, au contraire, — mais non moins rarement, il faut aussi le dire, — la tuberculisation pulmonaire ne finit par amener la mort qu'au bout de vingt, de trente, de quarante ans ou davantage, soit que le poitrinaire, si exceptionnellement favorisé du sort, n'ait pas cessé un instant, depuis le début des premiers symptômes, d'être malade dans le sens propre du mot, tantôt plus, tantôt moins, soit qu'il ait eu la chance encore plus heureuse de se rétablir à plusieurs reprises, et d'avoir d'assez longs intervalles de bonne santé. Si un tel mal peut épargner la vie aussi longtemps que nous venons de le voir, c'est grâce au peu d'étendue que chaque éruption de tubercules occupe dans le poumon, à la lenteur avec laquelle les éruptions se succèdent les unes aux autres, à la bénignité naturelle de leurs symptômes sur l'individu donné, aux bonnes conditions d'hygiène et de thérapeutique, etc. Entre les deux extrêmes que nous venons de reconnaître sous le rapport de la durée, combien n'y a-t-il pas de variétés intermédiaires !

E. *Périodes de la maladie :* ne peuvent être distinguées d'une façon uniforme pour tous les cas. Ainsi, par exemple, je l'ai déjà dit et je le répète, la division ancienne de la phthisie en phthisie commençante, en phthisie désespérée, n'est pas susceptible d'une application universelle. Il en est de même, encore un coup, des périodes uniquement fondées sous le triple point de vue anatomique de l'état cru, du ramollissement et de l'excavation des engorgemens tuberculeux. Et si, à ce dernier point de vue, Fournet (*loc. cit.*, p. 751 et suiv.) a pu distinguer trois phases dans la première période, dans la *période antécédente au ramollissement*, cela n'est exact que pour certains cas, en nombre assez restreint, dans lesquels l'engorgement tuberculeux, limité à telle ou telle portion de poumon, ne se développe qu'avec une extrême lenteur. Allez donc, par exemple, saisir et décrire dans un cas de phthisie galopante la succession de trois semblables phases. Et si, très souvent, trop souvent, par malheur, il est vrai que la tuberculisation pulmonaire va sans interruption de mal en pis, on ne saurait nier que, quelquefois aussi, la maladie, même bien confirmée, ne s'amende au lieu de s'aggraver, et ne présente, contre l'ordinaire, une véritable période de déclin

(53. L.), — sinon pour aboutir à une guérison solide, ce qui est bien possible, mais extrêmement rare, — mais, du moins, pour laisser aux infortunés tuberculeux quelques mois, quelques années de répit, de relâche, voire même de santé passable.

F. *Terminaison :* le plus ordinairement mortelle, et dans une proportion vraiment incomparable à l'extrême rareté des guérisons. Une fois, en effet, que la maladie s'est nettement caractérisée, une fois que les tubercules pulmonaires se sont produits en nombre suffisant pour être accusés en toute certitude par le diagnostic, presque toujours en pareil cas la mort est tôt ou tard amenée par les progrès de la tuberculisation. Mais enfin, il est quelques cas de guérison, non pas seulement temporaire, mais solide et complète; il est des cas où une éruption de tubercules dans une portion limitée du poumon ne se fait pas suivre de nouvelles éruptions; or, il est rare que la première éruption des tubercules suffise seule pour entraîner la mort. Nous ne remonterons pas à certains exemples célèbres que pourrait nous fournir l'ancienne histoire de l'art, comme l'exemple de Duverney, l'un de nos plus grands anatomistes, qui, à trente ans, eut un mal de poitrine si violent, qu'on lui crut un ulcère au poumon (c'est-à-dire, une caverne tuberculeuse, pour parler le langage d'aujourd'hui), et qui, depuis lors, eut toujours une poitrine délicate, mais vécut pourtant jusqu'à quatre-vingt-deux ans. (Voyez l'*Éloge de Duverney*, par Fontenelle, *Éloges des Savans.*) Mais s'il est permis de révoquer en doute la valeur des cas observés antérieurement à la découverte des phénomènes stéthoscopiques, on ne saurait légitimement refuser d'en croire Laënnec, lorsqu'il nous atteste la réalité de guérisons accomplies après la constatation des signes les plus positifs de la tuberculisation pulmonaire. Et, s'il n'est pas inconvenant de me citer, moi humble soldat de la milice médicale, après ce prince de la médecine française, je dirai que j'ai vu moi-même un cas, mais un seul cas jusqu'ici, dans lequel une caverne de grande dimension, une caverne incontestable, impossible à méconnaître sur le vivant même, a été suivie d'un parfait rétablissement de la santé. Voici le fait en substance : — Il y a environ deux ans (sur la fin de 1842), une jeune dame vint me consulter, et je constatai chez elle les signes d'une tuberculisation commençante au sommet du poumon gauche (matité sous-claviculaire très manifeste dans l'étendue de deux travers de doigt, respiration jacksonienne et rude avec un peu de résonnance bronchophonique, avec quelques bulles de râle sous-crépitant, etc.: rien de pathologique, en apparence du moins, dans le reste du côté gauche, ni non plus dans toute l'étendue du côté droit). Cette dame revint de huit jours en huit jours, et chaque fois, malgré le traitement prescrit, je reconnaissais une aggravation du mal, à tel point qu'enfin le râle caverneux le mieux caractérisé se fit entendre; mais, hors la ré-

gion sous-claviculaire gauche, tout le reste de la poitrine continuait de se montrer en bon état à l'auscultation. Toutefois, la malade tomba dans un tel degré de faiblesse et de fièvre, qu'elle fut dans l'impossibilité de se rendre, même en voiture, à ma consultation, et qu'elle me pria de venir la voir chez elle. Je la vis depuis le mois de février 1843 jusqu'à la mi-juin, époque où l'état général avait commencé à s'amender, quoique avec persistance du râle caverneux, et où, d'après mes conseils, elle partit pour passer quelques mois à la campagne chez ses parens, en Picardie. Là, le rétablissement de la santé fut complet. J'en fus informé d'abord indirectement, peu de temps après le retour de cette dame à Paris. Je m'en assurai par mes propres yeux, un jour que, par hasard, je la rencontrai dans une maison tierce. Là, elle me parla de sa vive reconnaissance pour mes bons soins; elle m'annonça qu'elle viendrait me remercier; mais je suis encore à attendre cette visite de remerciement, et voilà pourquoi, à mon grand regret, je n'ai pu observer ce que, depuis ce retour presque inespéré de la santé, les phénomènes stéthoscopiques étaient devenus dans la région de la caverne. Or, qu'y a-t-il d'impossible à ce que cette guérison se maintienne? La récidive est assurément une chose à prévoir et à craindre; de nouvelles éruptions de tubercules pulmonaires peuvent être prédites avec un haut degré de vraisemblance, à l'égard d'un sujet qui a déjà fourni un si triste spécimen de ses prédispositions constitutionnelles; mais, par bonheur, il n'y a pas là, il ne peut y avoir là les élémens d'une prophétie infaillible. Toujours est-il, après tout, que de telles guérisons sont rares, et que l'interruption, non pas temporaire, mais définitive et stable, des progrès de la tuberculisation pulmonaire, est une chance exceptionnelle, et, quant à présent, du moins, plutôt due, il faut le dire, à je ne sais quelle faveur du destin qu'à l'intervention de la médecine. La tuberculisation pulmonaire une fois déclarée, la terminaison de la maladie par la mort est donc la règle, la grande règle. Dure vérité, mais c'est la vérité; et la science ne doit pas la dissimuler. On répète généralement que les poitrinaires, dans la situation la plus désespérée, se font illusion sur leur sort, rêvent une guérison prochaine, nourrissent de longs projets d'avenir. Je ne sais, l'avouerai-je? ce qu'il y a de vrai à cet égard. Je ne sais si cette inébranlable ténacité de l'espérance est plus particulièrement l'apanage de la phthisie pulmonaire que de tant d'autres maladies mortelles, où le même aveuglement console et berce les derniers jours de l'homme souffrant. Ce qu'il y a de certain, c'est que tous les poitrinaires ne partagent pas le privilége d'une si douce erreur; il y en a qui ne pressentent et ne prévoient que trop bien les approches de la mort. Nous lisons, par exemple, dans la vie de Tourtelle, professeur de l'école de Strasbourg, et auteur des *Élémens d'hygiène*, que ce médecin succomba à la

phthisie pulmonaire, sachant son état, et prédisant sa propre mort à un consultant qui avait la même maladie, et à qui il faisait semblable prédiction ; en quoi, par parenthèse, il eut tort, et grand tort (126. C.). Enfin, j'ai vu une personne qui m'était chère, et dont, dans les derniers jours de sa maladie, je n'abandonnai presque pas le chevet, sentir et connaître son danger jusqu'au moment où l'intelligence s'éteignit dans l'imminence de l'agonie, et, malgré mes assurances contraires, me parler sans cesse avec regret, mais avec une admirable résignation, de sa mort prochaine, comme d'un événement inévitable.

776. *Quelques points importans d'anatomie pathologique.* — A. Et d'abord, il me paraît à propos de rappeler que la tuberculisation pulmonaire peut se présenter à l'observateur sous toutes les formes anatomiques que nous avons décrites et considérées en général dans l'article précédent, soit à titre de tubercules proprement dits, soit à titre d'infiltration tuberculeuse. Granulations grises, granulations jaunes; tubercules jaunes ou tubercules par excellence; infiltration grise, infiltration jaune; poussière tuberculeuse: tout cela s'observe dans le poumon, et c'est même dans ce viscère que les anatomo-pathologistes ont particulièrement étudié tout cela.

B. Le poumon tuberculeux présente un changement bien remarquable dans son système circulatoire. Depuis longtemps déjà, en effet, on avait appris, par le moyen des injections, que les ramifications de l'artère pulmonaire s'effacent et disparaissent, tout comme les ramifications des bronches, à l'entour et même à une certaine distance des tubercules, et qu'ainsi, à fur et à mesure des envahissemens de la matière tuberculeuse, la capacité du poumon pour le sang noir va sans cesse diminuant. A ce premier fait, à ce fait anciennement et généralement reconnu, M. Natalis Guillot, si habile à la fois dans l'art de l'anatomiste et du micrographe, ajoute un fait nouveau, qu'avait seulement entrevu, avant lui, le savant hollandais Schrœder Van der Kolk. Et ce fait nouveau, le voici. C'est qu'à la place des ramifications disparues de l'artère pulmonaire, il se développe autour des tubercules un réseau vasculaire de nouvelle formation; et que les vaisseaux de nouvelle formation ne tardent pas de s'aboucher avec le système des artères bronchiques, et aussi, — en cas d'adhérences costo-pulmonaires, adhérences si communes, et l'on peut même dire presque constantes, — avec le système des artères qui parcourent le médiastin et les parois thoraciques (la thoracique interne, la médiastine antérieure, les thoraciques externes, les médiastines postérieures et les intercostales). De là, une révolution complète dans la circulation pulmonaire : 1° une communauté insolite de circulation entre le poumon et les parois de la poitrine ; 2° la capacité de ce viscère pour le sang rouge, augmentée et croissante à proportion même

que sa capacité pour le sang noir diminue. Et, comme les injections démontrent que les ramifications des artères bronchiques communiquent, non seulement avec les viscères bronchiques et la veine azygos, mais aussi avec les veines pulmonaires, M. Natalis Guillot en conclut que, par les accroissemens successifs de l'engorgement tuberculeux du poumon, les cavités gauches du cœur reçoivent une proportion de plus en plus considérable de sang non revivifié en mélange avec le sang qui, des ramifications encore subsistantes de l'artère pulmonaire, passe, en se revivifiant par l'action de l'air, dans les veines de même nom. S'il en est ainsi, ce mélange de sang rouge et de sang noir dans le système aortique ne doit pas laisser que de jouer un grand rôle, ainsi que le dit M. Guillot, dans le développement des effets généraux qui se lient à la tuberculisation des poumons.

C. Grâce à des investigations nécroscopiques poursuivies avec soin, non pas sur les sujets qui meurent de phthsie pulmonaire, mais sur ceux qui succombent à toute autre maladie, et particulièrement sur les vieillards, comme il a été donné à M. Prus de les poursuivre depuis plus de dix ans, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, le doute n'est plus permis en ce qui concerne la réalité des cas dans lesquels la tuberculisation pulmonaire borne ses envahissemens à une étendue médiocre, et là aboutit à des altérations anatomiques complétement innocentes pour la santé, c'est-à-dire, en un mot, se termine par une guérison solide et stable. On peut ramener ces bienfaisans résultats de la force médicatrice (121. B.), ou, pour employer une heureuse expression de M. Cruveilhier, cette anatomie pathologique de restauration, aux deux chefs principaux qui suivent :

α. Le *passage des tubercules à l'état de pétrification* (765. K.) : voilà, en premier lieu, le plus simple mode de guérison. Concrétions d'abord crétacées, puis ossiformes, enkystées ou non, mais autour desquelles le tissu pulmonaire se montre toujours induré et atteint de mélanose, c'est-à-dire infiltré de matière noire, et forme ainsi, entre le tubercule et le tissu resté sain, une couche intermédiaire si peu épaisse que ce soit, mais toujours existante, et, pardonnez-moi le terme, une sorte de cordon sanitaire. Bien des fois, la matière tuberculeuse elle-même, tout en se desséchant et s'endurcissant, s'infiltre aussi de matière noire; et il paraît même que, sans aller jusqu'à la consistance crayeuse, cette induration mélanique du tubercule, jointe à l'induration analogue du tissu pulmonaire ambiant, n'a plus désormais d'influence fâcheuse sur la santé, et peut ainsi persister indéfiniment. M. Cruveilhier est, je crois, le premier qui ait signalé cette transformation des tubercules pulmonaires en *tubercules mélanés*, qu'il appelle aussi *tubercules de guérison*. Quoi qu'il en soit, n'oublions pas de re-

marquer que les guérisons par induration mélanique ou par pétrification plus ou moins parfaite des tubercules pulmonaires, n'ont guère lieu que dans les cas où ces tubercules ne sont pas en nombre considérable.

6. La *cicatrisation des cavernes :* voilà un autre mode de guérison, déjà proclamé et reconnu par Laënnec, et mis aujourd'hui hors de contestation par les recherches de plusieurs observateurs, notamment par celles de MM. Cruveilhier, Prus, Cottereau, Rogée, Boudet, etc. En ce genre, il y a deux cas différens à signaler : 1° cicatrisation avec persistance de la caverne, dont les parois, de nature celluleuse, fibreuse, ou fibro-cartilagineuse, se montrent revêtues d'une pseudo-muqueuse, et présentent ordinairement des ouvertures béantes, plus ou moins nombreuses, plus ou moins larges, appartenant à des rameaux bronchiques évidemment tronqués ; 2° cicatrisation avec oblitération de la cavité, — les parois s'étant rapprochées et accolées immédiatement en une cicatrice commune, qui, encore ici, comme dans le cas précédent, peut être celluleuse, ou fibreuse, ou fibro-cartilagineuse, — ou bien ces mêmes parois se trouvant affaissées, appliquées sur un amas de matière crétacée ou pierreuse, résidu évident de la matière tuberculeuse qui n'a pu être éliminée ; en pareil cas, pour peu que la caverne fût située près de la surface du poumon, un froncement de cette surface correspond à la cicatrice intérieure du viscère, et en est, au premier aspect, un indice positif. Toutefois, il est à propos de remarquer qu'on n'a pas encore vu plus de deux ou trois de ces cicatrices dans un poumon ; le plus souvent même, il n'y en avait qu'une seule.

— Je terminerai en faisant observer que, suivant M. Prus, on rencontre chaque année, à l'hospice de la Salpêtrière, c'est-à-dire sur une population d'à peu près six mille âmes, environ une trentaine de sujets chez lesquels l'autopsie constate indubitablement les faits anatomiques ci-dessus rapportés.

777. *Étiologie.* — (768). — A. Pour ce qui est de la disposition constitutionnelle (car c'en est une, encore un coup, qu'elle réside dans le sang ou ailleurs) en vertu de laquelle la sécrétion tuberculeuse peut survenir chez un individu donné, et sans laquelle le poumon, pas plus qu'aucun autre organe, ne deviendra jamais le siége particulier de cette sécrétion hétérologue, je n'ai plus rien à en dire ; je n'ai plus rien à dire des causes qui contribuent à la créer et à l'accroître, après tout ce que j'ai dit là-dessus dans le numéro ici rapporté des *Considérations générales.*

B. Pour ce qui est des conditions étiologiques spéciales, sous l'influence desquelles la sécrétion tuberculeuse s'opère dans le poumon plutôt qu'ailleurs, ou qui peuvent, non pas, certes, causer à elles seules, et indépendamment de la prédisposition constitutionnelle, le dévelop-

pement de la tuberculisation pulmonaire, mais du moins mettre en jeu la prédisposition du sujet pour cette redoutable affection, hâter l'heure de l'invasion, et accélérer les progrès du mal, je me bornerai à indiquer à la sagacité du lecteur les conditions qui suivent :

α. L'*âge adulte*. Car nous avons avons vu (768. C. ϐ.) qu'au-delà de l'enfance, et surtout au-delà de l'adolescence, la tuberculisation d'une partie quelconque, autre que le poumon, ne se montre presque jamais sans être accompagnée de tubercules pulmonaires; et que, d'autre part, la tuberculisation pulmonaire existe fréquemment toute seule. Sous l'influence de la misère, du mauvais air, de la mauvaise nourriture, les enfans et les adolescens voient se développer indifféremment chez eux, soit une tuberculisation des ganglions lymphatiques ou des os (écrouelles proprement dites, carreau, tumeurs blanches, mal de Pott), soit une tuberculisation du poumon. Dans les mêmes circonstances, l'homme adulte n'est guère sujet qu'à ce dernier genre de tuberculisation.

ϐ. *La mauvaise conformation du thorax* : soit étroitesse naturelle, soit déformation rachitique ou autre.

γ. L'*abus du corset*, ce damnable instrument de coquetterie, dont l'usage touche de si près à l'abus.

δ. L'*incurvation habituelle du corps* pour coudre, pour écrire, etc. Benoiston de Châteauneuf nous montre, dans sa statistique comparative des diverses professions, que la plus forte proportion de sujets poitrinaires est fournie par les professions sédentaires, qui ont pour surcroît d'inconvénient de tenir habituellement le corps courbé en avant; et toujours, comme de raison (768. C. α.), avec un excédant du côté des femmes (couturières, lingères, dentellières, etc.).

ε. L'*air chargé de vapeurs irritantes ou de poussières*, tel qu'on est obligé de le respirer habituellement dans les professions de chapelier, de teinturier, de tailleur de pierre, de carrier, etc.

ζ. L'*exercice excessif des fonctions vocales*; danger particulièrement attaché aux professions d'avocat, d'acteur, de prédicateur, de lecteur, de chantre, de crieur public, de marchand forain et ambulant, etc. Il est vrai que M. Benoiston de Châteauneuf (Mémoire cité, p. 39), arrive à conclure que l'exercice de la voix *semble* plutôt diminuer qu'augmenter le nombre des poitrinaires; mais c'est en considérant en masse ceux qui font métier de leur voix. Mais est-ce à dire que toutes ces personnes-là soient tenues, par leur état même, de pousser jusqu'à l'abus, jusqu'à une fatigue excessive la parole ou le chant ? Et l'abus en ce genre, comme à l'égard de toutes nos facultés, n'est-il pas relatif à la constitution individuelle de chacun ? Doit-il se mesurer par le nombre d'heures employées à parler, à déclamer ou à chanter? A-t-il d'autre indice, d'autre preuve réelle, que cette sensation interne de lassitude,

qui chez l'un vient plus tôt, chez l'autre plus tard, et malgré laquelle le zèle, la cupidité, l'ambition, le devoir, commandent trop souvent à l'homme de dépasser la mesure de ses forces? Mais ce sont là des nuances qui ne peuvent tomber sous la portée de la statistique, et qui, pourtant, sont tout en matière d'étiologie.

η. L'*habitude de jouer des instrumens à vent.*

θ. Le *séjour d'un corps étranger dans les bronches.*

ι. La *bronchite* dans toutes ses formes : soit idiopathique, soit consécutive à la pleurésie ou à la pneumonie (507. B.).

κ. La *rougeole* (768. C. η.).

C. Un mot, maintenant, sur le préjugé qui attribue à la phthisie pulmonaire la propriété d'être contagieuse, et contre lequel je me suis déjà inscrit en faux dans la théorie générale de la contagion (96). Baumes est le dernier auteur, de quelque valeur et de quelque renom, qui ait encore soutenu, sur la fin du dernier siècle, une thèse si gratuite, si mal fondée, si fantastiquement terrible, tandis que l'opinion générale des médecins éclairés avait déjà commencé à en faire justice. Aujourd'hui que la nature anatomique de la phthisie pulmonaire est mieux connue; aujourd'hui qu'il faut absolument, ou en nier la contagion, ou avouer comme étant toutes contagieuses tant et tant d'autres affections tuberculeuses; aujourd'hui que cette contagion n'a peut-être plus parmi nous, ni en Angleterre, ni en Allemagne, ni dans tout le nord de l'Europe, personne pour y croire et pour en avoir peur, ni peut-être même, dans le monde médical tout entier, pas une voix véritablement savante pour la proclamer et l'enseigner, nous n'avons que faire, nous qui vivons et qui écrivons dans l'atmosphère de la médecine française, d'attaquer et de combattre en règle un fantôme chimérique, un vain épouvantail. Mais il est pourtant bon d'être averti que le préjugé par nous honni et stigmatisé a jeté de profondes racines dans tout le midi de l'Europe, et notamment en Italie, où il règne encore, non seulement parmi le peuple et les gens du monde, mais même aussi dans l'esprit de la plupart des médecins. A Naples, par exemple, pour ne citer en particulier qu'une ville que j'ai eu l'occasion et le temps de bien voir et de bien connaître, la contagion de la phthisie pulmonaire est on ne peut pas plus redoutée (Requin, *Notice médic. sur Nap.*, p. 16) : à l'hôpital dit *Ospedale degl' Incurabili*, et qui est l'Hôtel-Dieu de cette capitale populeuse, il y a pour les poitrinaires des salles à part, où ils sont tous séquestrés, séquestration barbare qui est pour eux un arrêt de condamnation, et leur annonce, dès le début, la fatale issue de leur mal ; en ville, l'appartement qui a servi d'habitation à un malade de cette espèce est tenu pour un lieu empesté ; on a beau le recrépir ou le badigeonner à neuf, la location en est fort malaisée : aussi, quelques pro-

priétaires ont-ils bien soin de prévoir, dans les clauses de leurs baux, l'éventualité d'une phthisie pulmonaire, et d'en faire une cause de résiliation. Sans doute, parmi nos confrères napolitains, il en est plusieurs, aussi judicieux que savans, qui ont déploré avec moi la fausseté et les effets inhumains de ce préjugé de la peur. Mais ce n'est point assez que de reconnaître à part soi la vérité. C'est un devoir que de la dire tout haut, bien haut, malgré les clameurs d'une tourbe ignorante. Il y a près d'un siècle, un médecin toscan, le célèbre Cocchi, fut l'un des premiers qui élevèrent la voix contre la malheureuse idée d'envisager les poitrinaires comme autant de pestiférés (Cocchi. *Discorsi.* Florence, 1761). Son discours *Sur la contagion de la pulmonie* eut un immense retentissement, et fut traduit dans les diverses langues de l'Europe. Pourquoi donc la patrie de Cocchi, pourquoi donc l'ingénieuse et savante Italie est-elle demeurée si sourde à ce cri d'une expérience éclairée? Pourquoi se trouve-t-elle, à l'heure qu'il est, si dominée par une erreur qu'on peut à peine concevoir et justifier ?

778. *Diagnostic.* — Il faut bien le dire, malgré la conquête précieuse des signes de percussion et d'auscultation, l'état actuel de l'art laisse, en ce qui concerne le diagnostic des tubercules pulmonaires, beaucoup de choses encore à désirer. Dans bien des cas, sans doute, l'auscultation nous procure une certitude absolue, une certitude physique, j'allais dire mathématique, quand, par exemple, aux signes rationnels de la pneumophthisie, elle vient ajouter la respiration caverneuse ou amphorique, le râle caverneux et la pectoriloquie. La certitude est encore à peu près aussi forte, lorsque, en outre d'une toux opiniâtre et d'autres symptômes plus ou moins suspects, nous entendons, au sommet du poumon, rien que là, et pas ailleurs, du râle muqueux, de la respiration bronchique ou jacksonienne, et de la bronchophonie. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Loin de là. Il n'est pas rare que les données de la percussion et de l'auscultation soient des plus nulles ou des plus équivoques, quand déjà les symptômes fonctionnels, tant locaux que généraux, sont de nature à inspirer les plus justes et les plus légitimes soupçons. C'est surtout dans les commencemens de la tuberculisation pulmonaire que le diagnostic ne peut jamais être certain, mais seulement plus ou moins probable. Qu'importe, au surplus? Car, pour agir, le médecin n'a pas à attendre que la terrible maladie soit là. L'imminence seule de la tuberculisation pulmonaire, toutes les fois que la prodiagnose (107) est suffisamment fondée, commande aussitôt l'intervention de soins hygiéniques, et même de moyens médicamenteux, qui sont essentiellement les mêmes que lorsque les tubercules ont déjà commencé à naître (770).

779. *Pronostic.* — Très grave, extrêmement grave, dès que le diagnostic est assis à titre de probabilité, et à combien plus forte raison dès qu'il l'est à titre de certitude ! Car, encore bien que nous nous soyons complu à reconnaître la réalité des cas dans lesquels la nature réussit à produire la guérison d'une tuberculisation pulmonaire, nous n'avons pas non plus dissimulé que c'est là une exception rare, avec les ressources actuelles de l'art, et surtout rarissime dans le cas où la tuberculisation est assez étendue pour être sûrement diagnostiquée.

780. *Thérapeutique.* — (770). — Hélas ! trois fois hélas ! s'écriera-t-on dans toute l'amertume d'un profond découragement, l'impuissance de la médecine n'est que trop réelle, que trop déplorable en présence des cruels ravages de la phthisie pulmonaire, qui, malgré toutes les méthodes de traitement jusqu'à ce jour mises en pratique, ne cesse de décimer la population, de moissonner avant le temps les jeunes générations, en un mot, de produire (je parle pour le compte de la France) le sixième ou le septième environ de la mortalité annuelle. On a pris, quitté, repris tour à tour les moyens les plus opposés pour combattre cette terrible maladie. On a, d'après différens points de vue, d'après différentes hypothèses nosologiques et pathogéniques, mis à l'épreuve plusieurs sortes de médications rationnelles ou soi-disant telles. On a eu recours à des milliers de remèdes empiriques. On a vanté tantôt la diète végétale et la diète lactée, tantôt l'alimentation analeptique, tantôt l'air pur et sec des montagnes, tantôt l'air humide des vallées, ou l'air impur et même infect des étables, ou bien l'air des bords de la mer, auquel Laënnec, par exemple, avait beaucoup de confiance, et dont il attribuait les salutaires propriétés aux vapeurs des plantes marines, de sorte, même, que pendant un temps, pour procurer artificiellement aux poitrinaires de son hôpital la jouissance d'un air pareil, il voulut que ces malades-là fussent placés dans des salles particulières dont le sol demeurât constamment jonché de fucus frais. Les uns ont exalté les avantages de l'équitation et des voyages tant sur terre que sur mer; les autres ont recommandé le repos complet et absolu du corps. Ceux-ci ont prodigué les émissions sanguines; ceux-là les ont entièrement et rigoureusement proscrites pour s'attacher à l'emploi de divers médicamens stimulans, corroborans ou dépurans (132. F. $\mathfrak{b}$-δ.). On a fait respirer aux pauvres poitrinaires l'oxygène pur, le gaz sulfureux, le chlore. On leur a prôné comme autant de spécifiques, dans le règne minéral, le soufre, le mercure, l'arsenic, etc., etc.; dans le règne végétal, le lichen d'Islande, l'*agaricus acris* et l'*agaricus deliciosus*, la pulmonaire (à cause de la ressemblance que ses feuilles toutes tachetées de blanc ont avec l'aspect

marbré du poumon), la ciguë, la digitale pourprée, l'arnica, le quinquina, etc.; dans le règne animal, le mou de veau (comme si, en mangeant du poumon, nous avions là de quoi mieux refaire et mieux réparer le nôtre ! !), les colimaçons, la tortue, la vipère, etc., etc.

Dans ce chaos de prescriptions contraires les unes aux autres, qu'y a-t-il de vrai et de raisonnable? De tant de remèdes disparates, souvent bizarres et ridicules, qui, tour à tour, ont eu leur vogue, puis sont tombés en désuétude, puis ont été exhumés de l'oubli, puis abandonnés de nouveau, quels sont ceux que nous adopterons, soit comme palliatifs, ce qui, par malheur, est, pour la grande majorité des cas, le seul et unique avantage à espérer, soit même aussi comme propres à augmenter, s'il y a lieu, la chance possible, mais si rare, de la guérison? A cet égard, je dois renvoyer le lecteur à la méditation des principes thérapeutiques que j'ai posés concernant la tuberculisation en général. Je me bornerai donc à rappeler brièvement, pour le traitement de la tuberculisation pulmonaire en particulier, les principaux points de repère que voici :

A. Médication corroborante. (770. A. — et B. α.). C'est là l'indication essentielle, fondamentale, constante, qu'il ne faut pas perdre de vue, malgré les indications accessoires qui peuvent surgir et parfois réclamer, mais toujours, à coup sûr, très passagèrement, — l'emploi de moyens d'une nature toute contraire. C'est là, quant à présent du moins et dans mon intime conviction, le moyen le plus certain pour faire efficacement de la prophylactique et de la thérapeutique curative. Insistons donc, et sur la nécessité de l'alimentation analeptique, et sur l'utilité des médicamens corroborans, tant que l'état du malade n'est pas à ce point d'épuisement et de ruine où il ne reste plus qu'à faire de la thérapeutique palliative.

B. Changement de climat. Il faut que le sujet pulmonique, ou menacé de devenir tel, quitte les climats froids et même les climats tempérés pour les climats chauds, et, au besoin, aille chercher un refuge dans les climats très chauds (79. A. 6.). C'est là un des meilleurs moyens de prévenir ou d'enrayer, quand il en est temps encore, la tuberculisation pulmonaire. Déjà, dans l'antiquité, Asclépiade, Thémison et leurs successeurs eurent pour règle d'envoyer en Égypte ceux qui, même sous l'heureux ciel de l'Italie, tombaient alors, comme on en voit encore aujourd'hui, en consomption pulmonaire. Nous autres médecins français, nous envoyons généralement nos malades aux îles d'Hyères, ou bien à Nice, à Pise, à Rome et autres villes d'Italie. Pourquoi pas en Algérie, cette terre glorieusement reconquise à la civilisation, cette terre devenue désormais française, et qui, avec un soleil encore plus chaud, et, pour le moins, aussi salutaire que le

soleil italien, doit un jour, et ce jour n'est pas bien loin sans doute, nous offrir tous les avantages, toutes les douceurs de la patrie? En comparaison du ciel froid, terne, humide et brumeux de la Grande-Bretagne, déjà notre charmante ville de Pau, si délicieusement placée au pied des Pyrénées, est, pour les malades anglais, un asile salutaire, qui ne laisse pas, en effet, que d'être fort en honneur parmi eux, et où ils ont raison de prendre leurs quartiers d'hiver. Mais, avec beaucoup plus de raison encore, nos confrères d'outre-Manche recommandent surtout le séjour de l'île de Madère, dans l'océan Atlantique, vis-à-vis le littoral du Maroc. Au surplus, sachons-le bien, pour vanter justement un pays comme une sorte de paradis terrestre pour les poitrines délicates, ce n'est pas assez que de considérer la latitude, que de considérer la chaleur moyenne des saisons; il faut aussi tenir compte, et grand compte, de bien d'autres influences topographiques (79. E.), et, par-dessus tout, du plus ou moins de constance des conditions barométriques, thermométriques, hygrométriques, électriques et anémométriques de l'atmosphère (79. B.). Là où le baromètre est sujet à éprouver fréquemment de soudains abaissemens, là où les brusques et rapides variations de température sont un accident journalier, là où l'air est habituellement trop humide, là où le juste équilibre de l'électricité atmosphérique est trop souvent rompu, là où règnent les fréquentes alternatives de la bise et du siroc, là n'est pas, il faut bien le reconnaître, malgré la chaleur du climat, une bonne et sûre retraite pour les individus qui ont de faibles et mauvais poumons. Voilà pourquoi Naples, l'admirable et attrayante Naples, la capitale la plus peuplée de l'Europe après Londres et Paris, la plus belle sous le rapport du site après Constantinople, et qui, à raison de tout cela, attire naturellement tant de gens envoyés en Italie par ordre de médecin, ne m'a pas du tout paru être un séjour convenable pour les poitrinaires, mais plutôt capable de hâter leur mal que de l'amender (*Notice méd. sur Napl.*, p. 7-8). De toutes les villes d'Italie, c'est Pise qui devrait, à ce qu'il me semble, réunir les suffrages des médecins pour être indiquée à ces malades-là, comme je le disais et comme j'en ai donné les principales raisons dans une lettre écrite à la *Gazette médicale* (année 1833, n° 21). Il est vrai, au surplus, que Pise, sous le rapport des plaisirs et du commerce social, n'offre pas, à beaucoup près, les mêmes ressources que Florence ou que Rome; et c'est bien, à l'égard de certains malades, un point à mettre aussi en ligne de compte, tant l'ennui les accablerait! Encore une dernière remarque : c'est que, à latitude égale, les îles ont une température meilleure que les contrées continentales, je veux dire une température plus uniforme, et dont les *maxima* et les *minima*, dans le cours des saisons, sont moins

excessifs. C'est ce qui fait le mérite de l'île de Madère, dont je parlais tout-à-l'heure, et où l'on a des hivers très doux, des étés d'une chaleur modérée, en un mot, une sorte de printemps perpétuel. Et dans les latitudes intertropicales de l'océan Pacifique, combien n'y a-t-il pas d'îles qui possèdent les mêmes priviléges, mais d'une manière encore plus marquée ! Et, sans doute, un jour, lorsque la civilisation européenne se les sera mieux appropriées, et les aura dotées de toutes ses ressources, de tout son *comfortable*, lorsque le percement de l'isthme de Panama les aura rapprochées de nous en abrégeant d'environ 2,000 lieues la longueur du voyage, elles ne manqueront pas de devenir un rendez-vous où nombre de gens riches iront retremper leur santé. Telles sont, par exemple, les îles Sandwich, qui ont déjà eu les honneurs d'une topographie médicale, très bien tracée par un médecin américain, le docteur Alonzo Chopin, et qui ont été si fort louées par lui comme la contrée la plus propice pour servir d'asile aux personnes atteintes ou menacées de phthisie pulmonaire. (Voir le *Journ. des conn. médico-chir.*, novemb. 1837, pag. 206-8. D'après un journal américain.) Telle est encore Taïti, — cette nouvelle Cythère, comme l'appelait notre illustre navigateur Bougainville,— si fameuse depuis peu à titre politique, mais destinée peut-être à mériter dans l'avenir, sous le rapport médical, une célébrité plus durable et de meilleur aloi.

C. Médicamentation iodique. (770. B. 6.). — Iodure potassique ; iodure ferreux ; huile de foie de morue, etc.

D. Au besoin, quelques émissions sanguines. (770. B. γ.) Soit par la phlébotomie; soit par l'application de sangsues à l'anus ou aux environs de la vulve; soit aussi, sur la poitrine même, par le moyen des sangsues, ou bien par les ventouses scarifiées. Pour abattre la violence de la fièvre, pour remplacer les règles ou le flux hémorroïdal, pour remédier à l'hémoptysie, ou pour combattre les pleurésies partielles, ou autres phlegmasies intercurrentes. Mais cette intervention de la médication débilitante ne doit avoir lieu que de loin en loin, et toujours dans une prudente mesure.

E. Révulsion cutanée (770. B. δ.). Vésicatoires ou cautères au bras ou à la cuisse. Sur la surface même de la poitrine, vis-à-vis de la portion de poumon tuberculeuse, vésicatoires, cautères, séton, moxas, emplâtre stibié ou frictions avec la pommade d'Autenrieth, etc.

F. Médicamentation béchique. (132. G. μ.)

G. Médicamentation narcotique. (132. G. α.) Excellente, éminemment bienfaisante, et sans inconvénient aucun, lorsqu'elle est bien maniée. Elle calme la toux, apaise les douleurs, procure le sommeil. Les opiacés sont ce qu'il y a de plus généralement employé ; et, après tout, ce sont les meilleurs remèdes en ce genre. L'acide cyanhydrique,

naguère préconisé par quelques médecins d'un grand renom, calme la toux, sans aucun doute; je l'ai vu maintes et maintes fois produire évidemment ce résultat chez des malades auxquels je le prescrivais; mais assurément il n'a, par malheur, quoi qu'on en ait pu dire, pas plus de spécificité nosocratique contre la phthisie pulmonaire que les opiacés n'en ont; et il est loin de les valoir, soit pour la certitude et la constance des effets qu'on veut produire dans le simple but de la médecine symptomatique et palliative en question, soit pour la sécurité à l'égard des accidens toxiques qui sont toujours plus ou moins à craindre dans la prévision de quelque erreur de pharmacien ou de garde-malade. Ce n'est pas à dire pour cela que je veuille proscrire absolument l'acide cyanhydrique. Non, assurément: pas plus que tant et tant d'autres médicamens narcotiques qui, dans des circonstances particulières, peuvent être aussi avantageusement que sûrement substitués aux préparations d'opium.

H. Agaric blanc : contre les sueurs nocturnes trop abondantes (132. G. *o.* — et 770. B. *ε.*).

I. Le chlore, dans quelques uns des cas où je l'ai vu employer, m'a paru avoir un effet avantageux. Il m'a semblé qu'il possédait la propriété de diminuer l'abondance de l'expectoration. Serait-ce qu'il modifie, à titre de médicament hétérophlegmasique, la supersécrétion catarrhale de la muqueuse bronchique? Ou bien, qu'au même titre, il modifie les surfaces suppurantes des excavations pulmonaires, et en hâte la cicatrisation? Je ne sais. Toujours est-il qu'on ne peut pas du tout lui attribuer ici une spécificité nosocratique. Mais, après tout, c'est une ressource qui en vaut bien une autre, pour occuper l'imagination des infortunés phthisiques, pour leur donner le courage d'attendre patiemment que leur maladie s'amende ou guérisse, si cette espérance est encore permise, — ou, enfin, pour leur dissimuler l'état désespéré où ils seront parvenus.

J. Que penser de l'opération qui a été, dans ces derniers temps, recommandée par M. Bricheteau, sous le nom de paracentèse thoracique (771), et qui consiste à pratiquer, par le moyen d'une ponction ou, mieux encore, d'une incision, une ouverture à la paroi même du thorax pour pénétrer dans une caverne, et donner issue par là au pus et à la matière tuberculeuse? Encouragé par d'anciens exemples généralement oubliés, et qu'il a eu la bonne foi de remettre en mémoire, M. Bricheteau a eu recours à cette opération, mais une fois seulement jusqu'à présent. Ayant parfaitement constaté sur un malade l'existence d'une caverne, il plongea le bistouri au centre d'une escarre produite par des applications de potasse caustique sur la paroi correspondante du thorax : après la sortie d'une assez grande quantité de pus et de matière tuber-

culeuse, le malade se releva et s'en alla guéri, avec un affaissement très creux de la région sous-claviculaire, par suite de l'état d'oblitération où la caverne pulmonaire avait dû se réduire. Cette guérison se maintint pendant quinze mois, et elle semblait devoir se maintenir indéfiniment, lorsqu'une péricardite aiguë survint, qui enleva l'individu en question. Un tel fait mérite, assurément, considération, encore bien qu'il soit à peu près unique. Il doit encourager les praticiens à renouveler de pareils essais, mais uniquement, bien entendu, dans le cas où le diagnostic d'une caverne subjacente à la paroi thoracique est assis d'une façon certaine, et où la tuberculisation pulmonaire paraît à peu près bornée à la région occupée par cette caverne.

ARTICLE III.

TUBERCULISATION ENCÉPHALIQUE.

781. *Bibliographie.* — (760). — MÉRAT. *Observations sur des tubercules trouvés dans le cerveau de deux sujets scrofuleux.* (Dans le *Journ. de Corvisart*, *Leroux et Boyer*, vendémiaire an XIV.)

GENDRIN. *Recherches sur les tuberc. du cerveau et de la moelle épin.* (Dans *Annal. du cercle méd.*, février 1823.)—Travail remarquable, surtout pour l'époque où il a été publié. Mais il importe d'y signaler un grave défaut, c'est à savoir, l'affirmation formelle et dogmatique de rapports prétendus constans entre les divers siéges des tubercules intrà-encéphaliques et certains symptômes particuliers, rapports véritablement imaginaires et démentis par la grande majorité des observateurs venus après M. Gendrin.

LÉVEILLÉ (J.-H.). *Recherches sur les tubercules du cerveau.* Th. inaug. Paris, 1824, n° 2. — Thèse excellente : œuvre d'un judicieux observateur.

LALLEMAND. — (*Recherches anatomico-path. sur l'encéphale.*) Voir *passim*, d'après les indications de l'art. *Tubercules* de la *Table alphabétique des matières.*

ANDRAL. — (*Clinique médicale*, t. V.) Livre III, sect. III, observ. 2, 3 et 4. (*Tubercules dans le cervelet.*) — Pag. 687-97.

CALMEIL. — (Dans le *Répert.*, t. XI.) — Art. *Encéphale*, — § I[er], *De l'anat. path. de l'encéph. et de ses dépendances*, Tubercules, tumeurs scrofuleuses (pag. 479-81) ; — § VI, *Des tumeurs qui se développent dans l'encéphale...*; 2° *Tubercules cérébraux* (p. 572-82).

LOUIS. — (*Recherches anat., path. et thérap. sur la phthisie.*)

1re partie, chap. x, *Du cerveau et de ses enveloppes* (chez les phthisiques).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*). Livraison XVIII, planche 2 (*Tubercules de l'encéphale*).—Liv. XXV, planche 2 (*Tubercules du cerveau. — Exemple exceptionnel de ces corps hétérologues chez une femme de soixante-cinq ans*).

CONSTANT. — (Dans la *Gazette médicale*, année 1834, p. 104.) — Observation d'une hydrocéphale chronique avec tubercules du cerveau et du cervelet.

— *Observations et réflexions pour servir à l'histoire des tubercules de l'encéphale chez les enfans.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1836, n° 31.)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium de méd. prat.*, t. II, p. 194-205.) — Art. *Cerveau* (*Tubercules du*).

BARRIER. *Mémoire sur les tumeurs tuberculeuses du cervelet, comprimant le sinus droit, et produisant l'hydrocéphale chronique ventriculaire.* (Dans la *Gazette médic.*, année 1840, n° 17.)

HENNIS GREEN. *Observations sur les tubercules du cerveau chez les enfans.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1843, p. 27-30.) — Mémoire présenté à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, et traduit en français par l'auteur lui-même. Bon résumé de l'état actuel des connaissances pathologiques sur l'objet en question.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Traité clin. et prat. des maladies des enfans.*) — T. III, p. 468-600 (*Tuberculisation des centres nerveux et lésions secondaires*).

782. *Vue sommaire du sujet en question, pris dans toute son étendue.* — Rigoureusement, nous devons embrasser, sous le titre de tuberculisation encéphalique : 1° celle qui se développe dans la piemère, et, par conséquent, pour ainsi dire, à la surface même de l'encéphale, sorte de tuberculisation si fréquemment observée chez les enfans, et qui se présente ordinairement sous forme de granulations très petites, si petites, qu'elles ont longtemps échappé aux regards et à l'attention des observateurs ; 2° celle qui se développe dans l'intérieur même du parenchyme nerveux de l'encéphale. Pour les distinguer d'un seul mot, nommons l'une, *tuberculisation méningée* ou *péri-encéphalique ;* l'autre, *tuberculisation intrà-encéphalique.* Voilà, en effet, deux affections qui, anatomiquement parlant, semblent, de prime abord, être toujours très distinctes l'une de l'autre, et qui, en réalité, le sont dans un fort grand nombre de cas. Mais, dans bien des cas aussi, il faut

le dire, la distinction n'est plus possible, soit qu'un tubercule, primitivement formé dans la méninge, se soit accru de manière à pénétrer dans la substance même de l'encéphale, soit qu'au contraire un tubercule, originairement intrà-encéphalique, en soit arrivé à envahir la pie-mère, et jusqu'à devenir intimement adhérent à l'arachnoïde ; et même, en pareille occurrence, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de toujours reconnaître où a dû précisément prendre naissance le tubercule qu'on a sous les yeux, et qui se trouve enchâssé à la fois dans la pie-mère et dans le parenchyme encéphalique. De plus, en ce qui concerne la symptomatologie, la tuberculisation péri-encéphalique et la tuberculisation intrà-encéphalique doivent avoir et ont, en effet, les plus grandes ressemblances, voire même, parfois, une identité entière et complète; et cela se conçoit de reste, car, après tout, les symptômes de l'une et de l'autre ont pour sources principales et communes l'irritation et l'inflammation de l'encéphale. Néanmoins il paraît constant que la fièvre cérébrale des enfans, telle que nous l'avons reconnue et décrite à titre d'encéphalite ou d'encéphalo-méningite aiguë, est, sinon toujours, du moins plus généralement, l'expression symptomatique de la tuberculisation péri-encéphalique. Quoi qu'il en soit, je pense donc que mes studieux lecteurs sont à même de se faire une idée assez complète de tout ce qu'on sait aujourd'hui sur la tuberculisation péri-encéphalique, en se reportant, d'une part, aux considérations que j'ai données concernant les tuberculisations en général (760-70) ; et, d'autre part, à tout ce que j'ai dit plus haut sur le compte de la méningite tuberculeuse (564. F.). Je vais donc me borner, dans le présent article, à esquisser en particulier l'histoire des tubercules intrà-encéphaliques.

783. *Étude particulière de la tuberculisation intrà-encéphalique* (Tubercules cérébraux, mésocéphaliques et cérébelleux). — A. Les tubercules intrà-encéphaliques d'un assez gros volume avaient frappé l'attention de quelques uns de nos devanciers; et, comme on ne les rencontrait guère que chez des sujets écrouelleux, on les avait signalés sous le nom de *tumeurs scrofuleuses*.

B. Toutes les parties de l'encéphale, le cerveau, le mésocéphale et le cervelet, peuvent servir de siége aux tubercules. Mais c'est dans les hémisphères cérébraux qu'on trouve le plus ordinairement ces corps hétérologues. Assez souvent, l'encéphale ne contient qu'un seul tubercule ; d'autres fois, il en contient plusieurs, soit dans une seule de ses parties, soit çà et là en différens endroits. Quoi qu'il en soit, le nombre des tubercules intrà-encéphaliques ne s'élève que très rarement au-delà d'une vingtaine. Quant à leur volume, il offre de grandes variétés : parfois il est miliaire, mais ordinairement il a la grosseur d'une noisette ou d'une fève : dans certains cas, il va jusqu'à égaler le poing.

C. Les symptômes des tubercules intrà-encéphaliques sont extrêmement variés, se succèdent ou se combinent entre eux, suivant une multitude de manières totalement dissemblables, tantôt sous forme de maladie continue, tantôt par accès plus ou moins éloignés qui reviennent irrégulièrement. De là, donc, l'impossibilité de poser et de dépeindre, en ce genre, un type de maladie qui puisse représenter tous les cas. Chez quelques sujets, même, les tubercules intrà-encéphaliques peuvent exister sans faire naître aucun symptôme, sans céphalalgie, sans trouble de l'intelligence ou des fonctions locomotrices; en un mot, à l'état *latent* dans toute la force du terme. Parfois, la céphalalgie est le seul et unique sympôme qui se fasse observer. Parfois aussi, c'est quelque autre symptôme, un peu moins banal, un peu moins équivoque, mais qui, pareillement, existe tout seul, du moins pendant fort longtemps : par exemple, la surdité, l'amaurose, le strabisme, etc., etc. Quoi qu'il en soit, la maladie que les tubercules intrà-encéphaliques viennent à produire, tantôt dès leurs premiers développemens, tantôt après être demeurés à l'état latent pendant un temps plus ou moins long, doit être considérée sous les deux points de vue principaux que voici : 1° forme aiguë; 2° forme chronique.

α. En cas de *forme aiguë*, combien n'observe-t-on pas de variétés! Ce sont, en effet, tous les aspects possibles de l'hypérémie encéphalique (184), ou de l'encéphalite (619. C.). Quelquefois la maladie se déclare immédiatement par des convulsions générales, qui se terminent en peu de temps par un état de coma et de carus, voire même par la mort; il se peut que la violence d'une pareille attaque soit portée à tel point, que le malade, surtout si c'est un enfant, y résiste à peine quelques heures. Mais, le plus ordinairement, on voit se dérouler cet ensemble symptomatique qui constitue ce qu'on appelle communément une fièvre cérébrale (619. C. α.), mais pourtant avec moins de régularité dans la succession des symptômes, dans l'enchaînement des périodes de la maladie, que cela n'a coutume d'arriver sous l'influence des granulations tuberculeuses de la pie-mère : toujours est-il que le malade n'est alors emporté qu'au bout de quelques jours, cinq, dix, quinze, vingt jours ou davantage.

β. En cas de *forme chronique*, le mal sévit pendant une durée qui varie de trois mois à deux ans, ou plus; et là encore, il se présente sous les apparences, ou plutôt, dois-je le dire? — à titre réel d'hypérémie encéphalique (184. C.) ou d'encéphalite (619. C.). Quoi qu'il en soit, on peut assez bien ramener les infinies variétés de la maladie aux trois types fondamentaux qui suivent : 1° chez la grande majorité des sujets, la maladie débute par la céphalalgie, et produit ensuite diverses altérations de sensibilité, d'intelligence et d'action musculaire;

2° quelquefois, elle commence brusquement par des convulsions épileptiques ou autres, qui, après s'être renouvelées à différentes reprises par accès plus ou moins éloignés, aboutissent à la paralysie; 3° enfin, quelquefois aussi, la paralysie de l'un des membres est le premier symptôme qui se fasse remarquer. Disons donc quelques mots sur chacun de ces trois types nosographiques. Dans le premier type la céphalalgie est, pendant un temps plus ou moins long, le seul symptôme des tubercules intrà-encéphaliques; souvent très intense et très opiniâtre, elle peut ôter le sommeil aux malades, et leur arracher des cris aigus, dans le genre de ces cris qu'on appelle hydrencéphaliques (563. B. 6.); ordinairement, elle siége au front, mais quelquefois elle se fait sentir en quelque autre région du crâne, — à l'occiput, par exemple, lorsqu'un ou plusieurs tubercules occupent le cervelet; chez certains sujets, toutes les fois qu'elle revient ou qu'elle redouble, on la voit s'accompagner de vomissemens, évidemment sympathiques, et qui ne peuvent être rattachés à aucun vice de l'estomac ni de quelque autre partie de l'appareil digestif; quelques jours, quelques semaines, quelques mois se passent ainsi; et puis, à cette céphalalgie viennent succéder, ou plus généralement se surajouter d'autres symptômes très variés, qui consistent principalement en troubles plus ou moins graves du côté des sens, de l'intelligence et de la contractilité musculaire; surdité, affaiblissement ou perte complète de la vue (amaurose), sensibilité cutanée ou exaltation de la sensibilité cutanée dans une moitié latérale ou dans toute l'étendue du corps; remarquable changement de caractère, morosité, dépression des facultés intellectuelles, mais le délire n'a lieu que rarement, si ce n'est aux approches du dénouement mortel de la maladie; convulsions se renouvelant par accès, à intervalles irréguliers, et aboutissant plus ou moins tard à la paralysie d'un ou de plusieurs membres, avec ou sans contractions tétaniques (46. C.); quelquefois, certains muscles se montrent extrêmement faibles, mais non pas véritablement paralysés, de telle sorte, par exemple, que le malade pourra encore marcher, mais d'une manière gênée et en trébuchant; quelquefois, on observe des convulsions particulières du globe de l'œil; quelquefois, mais assez rarement, un strabisme permanent, un torticolis spasmodique, un branlement de tête, etc.; au surplus, il arrive souvent que les symptômes ci-dessus indiqués, céphalalgie, amaurose, strabisme, etc., paraissent, disparaissent et reparaissent par phases irrégulières dans le cours de la maladie, hormis cependant la paralysie des membres et l'abâtardissement intellectuel, qui persistent en général, sans interruption, ou plutôt avec d'incessans progrès, jusqu'à ce qu'enfin la mort survienne par le fait du dépérissement graduel et de la fièvre hectique, ou par le développement subit d'un appareil symptomatique de forme aiguë. Dans le deuxième

type, la maladie se déclare tout-à-coup par un accès de convulsions générales ou partielles ; quand les convulsions sont générales, elles peuvent avoir tout-à-fait la forme de l'épilepsie ; après la première attaque de convulsions, tout peut rentrer dans l'ordre; d'autres fois, au contraire, le malade, avec ou sans céphalalgie opiniâtre, présente dès lors quelques phénomènes de paralysie, ou bien, par exemple, un état de contraction tétanique dans les muscles du membre qui vient d'être agité de secousses convulsives : quoi qu'il en soit, les accès de convulsions se reproduisent à divers intervalles, et finissent par aboutir à la paralysie, ou à un état comateux, puis, de là, à la mort. Enfin, dans le troisième type, la maladie commence immédiatement, sans céphalalgie ni convulsions prodromiques, par la paralysie d'un ou plusieurs muscles; puis viennent tôt ou tard les autres symptômes, céphalalgie, convulsions, contractions tétaniques, abêtissement, amaurose, etc., etc.

D. A l'autopsie, dans beaucoup de cas, lors même que les tubercules intrà-encéphaliques sont d'un volume considérable, on ne peut découvrir la moindre altération dans le parenchyme nerveux ambiant. Dans d'autres cas, au contraire, on trouve autour des tubercules des traces évidentes d'hypérémie encéphalique (186. A.) ou d'encéphalite (619. D.), tantôt dans un rayon de quelques lignes seulement, tantôt même dans une étendue considérable : injection sanguine, couleur jaune-paille, ramollissement rouge ou blanc ; adhérence et épaisissement de la pie-mère dans les points correspondans à la situation du tubercule, lors même que, entre ce tubercule et l'adhérence pathologique de la méninge et de la circonvolution cérébrale, le parenchyme nerveux se montre encore très sain en apparence; épanchement considérable de sérosité dans les ventricules cérébraux. Quelquefois, quand les tubercules sont très volumineux, les circonvolutions cérébrales de la région qu'ils occupent se trouvent déprimées ou complétement effacées. De tout cela, il résulte que les symptômes de la tuberculisation intrà-encéphalique sont dus quelquefois à la compression, mais principalement, et en règle générale, à l'irritation hypérémique ou inflammatoire que les tubercules excitent autour d'eux. Inutile de rappeler, au surplus, que nous professons qu'un premier degré d'encéphalite, et, à plus forte raison, une simple hypérémie peuvent ne laisser quelquefois aucune, absolument aucune altération nécroscopique de l'encéphale.

E. Presque jamais on ne voit la tuberculisation intrà-encéphalique être la seule et unique tuberculisation qui survienne et se fasse observer chez un malade. En règle générale, peut-être devrais-je dire universelle, on la trouve chez des sujets qui présentent aussi des tubercules dans la poitrine ou dans la cavité abdominale. Toutefois, dans un bon nombre de cas, les symptômes que l'individu a éprouvés de son vivant.

et la constatation nécroscopique de la supériorité de développement des tubercules cérébraux ou cérébelleux par rapport aux tubercules des autres organes, autorisent à conclure que la sécrétion tuberculeuse a dû commencer par attaquer l'encéphale.

F. Pour ce qui est des causes de la tuberculisation intrà-encéphalique, nous ne savons rien, absolument rien, de particulier à cet égard, et nous ne pourrions que ressasser de nouveau l'étiologie générale de la diathèse tuberculeuse (768). Ai-je besoin de rappeler qu'à l'instar de tous les tubercules qui siègent ailleurs que dans le poumon, les tubercules intrà-encéphaliques sont un mal incomparablement plus fréquent chez les enfans que chez les adultes? Ce que je dois dire, c'est que cette différence est encore cent fois plus frappante pour le compte des tubercules ici en question que pour tous les autres. Les tubercules intrà-encéphaliques appartiennent, en effet, presque exclusivement à la pathologie de l'enfance, et surtout de la première enfance. A peine en rencontre-t-on un ou deux cas, chez les adultes, en dix ans d'une pratique étendue. Enfin, l'un des hommes qui ont été à même de faire les observations les plus multipliées sur les maladies et l'anatomie pathologique de la vieillesse, M. Cruveilhier, dit n'avoir jamais vu de tubercules cérébraux chez les vieillards.

G. Le diagnostic des tubercules intrà-encéphaliques est un point des plus difficiles et des plus obscurs. Les symptômes que ces tubercules font naître n'ont assurément, ni en eux-mêmes, ni dans leur succession, rien de caractéristique, rien qui ne puisse s'expliquer par la simple hypothèse d'une hypérémie, d'une encéphalite ou d'une méningite. Toutefois, en joignant à la considération de ces symptômes d'autres considérations, telles que le jeune âge du sujet, l'existence d'écrouelles, du carreau, d'une phthisie pulmonaire, etc., il est permis, dans certains cas, de poser un diagnostic probable. Ainsi, par exemple, lorsqu'un enfant manifestement scrofuleux, ou bien, à plus forte raison, lorsqu'un enfant déjà poitrinaire, vient à souffrir d'une céphalalgie atroce, opiniâtre, et surtout circonscrite à l'occiput, à la tempe, etc., et que, plus ou moins longtemps après, il est atteint de convulsions, de paralysie, d'amaurose, de contractions tétaniques, et autres symptômes ci-dessus signalés (C.), il y a véritablement lieu de présumer, de parier, que cet enfant a des tubercules dans l'intérieur du cerveau ou du cervelet (quand la céphalalgie est occipitale); mais, en pareil cas, il serait encore fort possible que l'autopsie ne montrât rien autre chose qu'une méningite chronique tuberculeuse ou non.

H. En ce qui regarde le traitement, qu'ai-je à dire? Deux mots seulement.

α. Combattre la diathèse scrofuleuse, ou décidément tuberculeuse,

que le malade présente toujours ou presque toujours : par le moyen de la médication corroborante et autres médications conseillées ci-dessus (770).

6. Pallier les accidens cérébraux par les médications qui conviennent à l'hypérémie encéphalique (189) et à l'encéphalite (622). Émissions sanguines, vésicatoires, séton, cautères ou moxas à la nuque. Purgatifs, opiacés, etc.

ARTICLE IV.

TUBERCULISATION LARYNGIENNE.

784. *Bibliographie.* — TROUSSEAU et BELLOC. — (*Tr. prat. de la Phth. laryng., de la Laryngit. chron.* etc.) — Voir, *passim*, tout ce que ces auteurs disent relativement à la phthisie laryngée tuberculeuse.

LOUIS. — (*Rech. anat., path. et thér. sur la phth.*) Ire partie, chap. I, art. 3, *De l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère* (chez les phthisiques).

TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760). — Pag. 155-7. (*Tubercules du larynx.*)

BARTH. *Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes.* — Mém. déjà cité. (490.)

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) — T. III, p. 369-77. (*Tubercules et ulcérations du larynx.*)

785. *Bref aperçu.* — Il est rare, plus rare qu'on ne serait porté à le penser de prime abord, en un mot, il est très rare que la sécrétion tuberculeuse vienne à s'établir dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans les follicules du larynx. Dans la plupart des cas où la phthisie pulmonaire s'accompagne d'une laryngite chronique, même ulcéreuse, et qui sont, bien des fois, si improprement qualifiés de phthisie laryngée, l'affection du larynx n'étant là qu'un élément accessoire et secondaire, et non pas le fait principal ; eh bien ! dis-je, dans la plupart de ces cas-là, il est aujourd'hui reconnu que la laryngite n'est pas de nature tuberculeuse. En pareille circonstance, la tuberculisation laryngienne est l'exception, et non la règle.

Cela posé, et après avoir ainsi prémuni nos lecteurs contre l'erreur qui consisterait à exagérer la fréquence relative de la tuberculisation laryngienne, passons outre, et commençons par dire qu'on a parfaitement constaté, chez divers sujets, l'existence de petits dépôts de matière tuberculeuse sur différents points du larynx, notamment sur les bords ou à l'angle des cordes vocales, à la base de l'épiglotte, au-devant des cartilages aryténoïdes, etc.

Comme de raison, les tubercules laryngiens amènent, dans le point

où ils se sont produits, l'ulcération de la muqueuse; puis, autour de cette ulcération, une inflammation purement et simplement érythémateuse ou catarrhale, qui occupe une plus ou moins grande étendue du larynx.

De là, les symptômes locaux qui sont propres à la laryngite chronique (498. A) : douleur laryngée, enrouement ou extinction de voix, dysphagie, petite toux, dyspnée, etc. C'est particulièrement dans le cas où l'ulcération a son siége sur les cordes vocales que se fait observer l'extinction complète et absolue de la voix.

De là aussi, la tuberculisation laryngienne fût-elle le seul et unique vice de l'économie, se fût-elle développée isolément et indépendamment de la phthisie pulmonaire, doivent naître les symptômes généraux de dépérissement et de fièvre hectique, que nous avons reconnus comme propres à la laryngite ulcéreuse (498. D.).

Au surplus, la tuberculisation laryngienne ne pourrait guère, à elle seule, entraîner la mort par le fait de la fièvre lente et d'un dépérissement indéfiniment progressif. Le larynx n'est point par lui-même un organe assez essentiel à la vie pour qu'un tel dénouement soit, en pareille occurrence, une fatalité inévitable. Mais ce qui est toujours à craindre, ce qui, en cas de tuberculisation laryngienne, peut tout-à-coup trancher prématurément les jours du malade, c'est le développement accidentel d'une laryngite périglottique œdémateuse (493. — 494. C. — et 495), cette maladie terrible et dont il est si difficile de réchapper, surtout quand elle vient se greffer sur un larynx déjà malade.

Quant au traitement de la tuberculisation laryngienne, il doit consister à combattre à la fois la diathèse tuberculeuse et les accidens locaux, en un mot, à combiner ensemble avec discernement, suivant les indications particulières du cas donné, le traitement général de la diathèse en question (770) et le traitement spécial de la laryngite (500.)

ARTICLE V.

TUBERCULISATION INTESTINALE.

786. *Bibliographie.* — LOUIS. — (*Recherch. anat., pathol. et thérap. sur la phth.*) Ire partie, chap. III, art. 3, *Du duodénum;* — art. 4, *De l'intestin grêle;* — art. 5, *Du gros intestin* (chez les phthisiques).

TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760), p. 138-44 (*Tubercules intestinaux*).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) — T. III, p. 434-49 (*Tuberculisation gastro-intestinale et lésions secondaires*).

787. *Remarque préliminaire.* — De toutes les parties du canal digestif, l'intestin est la seule qui se montre très sujette à devenir le siége des tubercules, la seule, surtout, dont la tuberculisation soit, non pas toujours, tant s'en faut, mais quelquefois protopathique, indépendante d'une tuberculisation générale aiguë, d'une tuberculisation pulmonaire, mésentérique ou autre, et, en un mot, puisse constituer ainsi l'unique mal, ou du moins le mal principal du sujet. Je ne sache pas, par exemple, qu'il y ait dans les fastes de l'observation médicale un seul cas de tubercules ou d'ulcérations tuberculeuses de l'estomac, à titre de tuberculisation isolée et idiopathique. Voilà donc pourquoi, laissant de côté l'estomac, ainsi que la bouche, le pharynx et l'œsophage, je n'ai jugé à propos de réserver un article particulier que pour la tuberculisation de l'intestin.

788. *Synonymie.* — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin; — Entérite tuberculeuse; — Diarrhée colliquative (460. B. α.); — Phthisie intestinale, de MM. Rilliet et Barthez et autres auteurs contemporains; — pourquoi pas Entérophthisie (764. C.)?

789. *Quelques mots touchant le siége des tubercules intestinaux.* — A. C'est dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ou à l'intérieur des follicules mucipares, que l'on peut constater l'existence du tubercule. Si tant est que la matière tuberculeuse puisse se produire à la surface libre de la muqueuse, comment s'en assurer? Comment le démontrer? Car, dans une telle hypothèse, on doit reconnaître qu'elle serait aussitôt balayée et entraînée avec le chyme, les mucosités et les matières stercorales.

B. Les tubercules, ou ce qui est la même chose au point de vue dont il s'agit ici, les ulcérations tuberculeuses s'observent plus fréquemment, et surtout, pour l'ordinaire, en plus grand nombre dans l'intestin grêle que dans le gros intestin. En règle générale, les ulcérations sont rares dans le duodénum, et se montrent de plus en plus nombreuses depuis cette première portion de l'intestin grêle jusqu'à la valvule iléo-cœcale, au voisinage de laquelle elles sont ordinairement plus multipliées, plus rapprochées entre elles que partout ailleurs. Dans le gros intestin, c'est au cœcum surtout qu'on les rencontre.

790. *Symptômes.* — Les mêmes que ceux de l'entérite (462). Et cela se conçoit aisément, puisque, après tout, les tubercules ne deviennent cause de maladie que parce qu'ils déterminent en une multitude de points une inflammation ulcérative de la muqueuse intestinale, et, par suite, constamment ou à peu près, une entérite catarrhale dans l'intervalle des ulcérations. La diarrhée est le symptôme le plus constant; tantôt elle persiste opiniâtrément sans s'interrompre un seul jour jusqu'à la mort du malade; tantôt, soit naturellement, soit surtout sous l'in-

fluence d'un bon régime et de médicamens convenables, elle se suspend pour reprendre ensuite de plus belle, et offre des alternatives irrégulières de cessation complète et de recrudescence. En règle générale, mais non pas absolue (notons bien cette restriction), l'abondance de la diarrhée est proportionnée à l'étendue, à la profondeur et au nombre des ulcérations intestinales. Ce qu'il importe encore de remarquer, c'est que l'appétit se conserve, en général, assez bon jusqu'à une époque avancée de la maladie, et que la soif est rarement très vive. Les selles sont quelquefois striées de sang, mais, du moins généralement, sans douleurs tormineuses, sans épreintes dyssentériques; et c'est même là un des phénomènes les plus propres à faire soupçonner la funeste nature de la maladie, l'existence des ulcérations en question. Quelquefois, mais bien plus rarement, on voit souvent un véritable flux de sang, ayant ordinairement tous les caractères de l'entéro-hémorragie cis-rectale (222); accident qui peut même être poussé au point d'emporter le malade prématurément et tout-à-coup, et qui, en vérité, mérite bien alors le nom de complication, et de complication terrible, plutôt que celui de symptôme.

791. *Marche de la maladie.* — Quelquefois aiguë, très aiguë même, et véritablement en guise de phthisie galopante, la phthisie intestinale peut enlever ses victimes, surtout quand ce sont de jeunes enfans, en deux ou trois semaines. Mais, le plus ordinairement, elle affecte une marche chronique; elle peut durer un an et même davantage, mais seulement, il est vrai, dans le cas où la diarrhée est modérée, et a des intermittences d'un plus ou moins grand nombre de jours. Au surplus, il est fort permis de penser que la tuberculisation intestinale n'aboutit pas toujours à la mort; mais que, dans un certain nombre de cas, les ulcérations se cicatrisant après l'élimination de la matière tuberculeuse qui les a fait naître, et la sécrétion de cette matière cessant de se produire dans l'intestin, le malade recouvre la santé à la suite d'un dévoiement plus ou moins long. Mais il faut avouer qu'on ne peut jamais fournir la preuve d'un semblable fait; car, en pareille circonstance, comment démontrer que ce n'est pas tout simplement à une entérite catarrhale pure (465) que nous aurons eu affaire? Il n'y a, nous allons tout-à-l'heure insister sur ce point formellement (79), il n'y a aucun moyen de diagnostic certain et péremptoire entre l'entérite catarrhale pure et l'entérite tuberculeuse.

792. *Coup d'œil anatomique sur les phénomènes d'inflammation et d'ulcération autour du tubercule intestinal.* — A. Tôt ou tard, consécutivement à la présence du tubercule, survient, comme de raison, l'inflammation des points correspondans de la muqueuse intestinale et du tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse s'ulcère inévita-

blement; le tissu sous-muqueux s'épaissit ou s'ulcère; et l'inflammation, gagnant en profondeur de proche en proche, peut s'étendre jusqu'à la tunique séreuse, et, là, déterminer une adhérence salutaire entre les surfaces contiguës du péritoine. Je dis une adhérence salutaire, parce que la nature, en procédant ainsi, empêche ordinairement que les progrès de l'ulcération n'amènent un épanchement de matières intestinales dans la cavité péritonéale. Cependant, dans quelques cas, soit parce que l'inflammation adhésive ne s'est point opérée, soit parce que l'adhérence n'a pas encore eu le temps de se consolider, un semblable épanchement a lieu : d'où une péritonite suraiguë et mortelle (575. D. γ.).

B. Les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale sont tantôt arrondies, tantôt oblongues; et, dans ce dernier cas, elles sont ordinairement transversales, rarement situées suivant le sens longitudinal de l'intestin. Leurs bords sont inégaux, déchiquetés, rouges, ramollis, presque toujours épaissis, plus ou moins décollés, — souvent réunis, d'un côté à l'autre de l'ulcération, par des bandelettes, ou, comme on le dit, des ponts de membrane muqueuse enflammée et décollée. Quelquefois, mais rarement, ces bords sont aplatis et minces : souvent, au-dessous d'eux, on trouve des fragmens de matière tuberculeuse, soit encore à l'état cru, soit à l'état de ramollissement. Le fond de l'ulcération est formé, soit par le tissu sous-muqueux épaissi, soit par la tunique musculeuse, qui présente aussi un épaississement analogue, soit par la séreuse elle-même. Souvent, dans le cas d'ulcérations un peu grandes, il se montre parsemé d'élevures ou bourgeons, rouges et mollasses, qui sont autant de débris de la muqueuse. L'épaississement des tuniques sous-jacentes est parfois très considérable; il n'est pas très rare qu'elles acquièrent jusqu'à 3 et 4 millimètres d'épaisseur, et, en pareille circonstance, elles ont un aspect grisâtre et un degré de consistance tel qu'elles crient sous le scalpel. Quant à l'étendue que les ulcérations ont en largeur, elle est très variable; il en est qui sont à peine égales à une petite lentille, tandis que d'autres occupent tout le contour de l'intestin dans une hauteur de 3, 4, 5 et même 6 centimètres.

793. *Aperçu des complications les plus ordinaires.* — Il y a des cas, je le répète et je l'affirme de nouveau, dans lesquels les ulcérations tuberculeuses de l'intestin constituent réellement le principal élément de la maladie, et sont par elles-mêmes la cause unique ou presque unique de la mort. Mais, après tout, ces cas sont extrêmement rares. D'ordinaire, la tuberculisation intestinale sévit en coexistence avec la tuberculisation du poumon, du péritoine, des ganglions mésentériques, etc., soit qu'elle ait été la première à se manifester,

et que le dévoiement ait précédé de plus ou moins loin les symptômes de la tuberculisation pulmonaire, péritonéale, mésentérique, etc., soit qu'au contraire, ce qui me paraît être le cas le plus commun, les tubercules sous-muqueux de l'intestin n'aient pris naissance que deutéropathiquement, soit enfin que le développement de la sécrétion tuberculeuse ait eu lieu simultanément dans les divers organes.

794. *Étiologie.* — (768). — Rien à dire à cet égard après l'étiologie générale des tubercules, à laquelle je renvoie le lecteur. Nous ignorons, en effet, complétement quelles sont les conditions pathogéniques spéciales qui peuvent faire que la sécrétion tuberculeuse vienne à s'opérer au-dessous de la muqueuse intestinale plutôt qu'ailleurs.

795. *Diagnostic.* — On ne peut, sur le vivant, distinguer sûrement, péremptoirement, infailliblement la tuberculisation intestinale et l'entérite catarrhale pure. Mêmes symptômes locaux, mêmes symptômes généraux dans l'une et l'autre maladie. On a bien avancé qu'un examen attentif des évacuations alvines pourrait fournir d'importantes lumières, si l'on inspectait les selles chaque jour peu après l'exonération, et si on ne se bornait pas à en noter seulement l'abondance, la consistance et la couleur, mais qu'on cherchât, à l'aide des réactifs et du microscope, à y constater la présence de la matière tuberculeuse. Mais cette étude chimique et microscopique des évacuations alvines, dans l'intérêt de la séméiotique, est entièrement à faire. Et, le dirai-je? — avec nos moyens actuels d'investigation, lorsque la chimie et le microscope ne peuvent nous servir que si peu à reconnaître la matière tuberculeuse dans les crachats des poitrinaires, comment espérer la reconnaître plus facilement au sein de selles abondantes où elle doit exister en proportion encore cent fois moindre que dans les crachats en question? Toutefois, à défaut de certitude absolue, le diagnostic de la tuberculisation intestinale peut être assez souvent établi avec un haut degré de probabilité : c'est lorsqu'un sujet, déjà évidemment atteint de tubercules pulmonaires, intrà-osseux, ganglionnaires ou autres, se trouve pris d'une diarrhée opiniâtre et rebelle.

796. *Thérapeutique.* — Combattre, d'une part, la diathèse tuberculeuse par les moyens corroborans ou autres dont nous avons reconnu l'utilité et la convenance (770); et, d'autre part, modérer l'entérite, diminuer ou tarir la diarrhée par les moyens appropriés, diète rigoureusement réglée quant à la quantité et au choix des alimens, tisanes émollientes ou astringentes selon le cas, opium, diascordium, etc. (467) : voilà la double indication. Mais le malheur est que, par cela même, le médecin est ici placé entre deux écueils. L'un de ces écueils, c'est d'accroître, par l'alimentation analeptique et par les médicamens corrobo-

rans et plus ou moins irritans, l'état inflammatoire de la muqueuse intestinale et l'abondance de la diarrhée. L'écueil opposé, c'est d'augmenter encore la débilité des forces vitales en substituant à la médication corroborante le régime reconnu pour le plus propre à calmer l'entérite et à diminuer la diarrhée. Comment donc faire ? Il faudra observer avec a plus scrupuleuse attention quelle est l'action de l'alimentation analeptique et des médicamens ferrugineux, amers, iodiques, etc., sur le tube digestif du malade. En suspendant, reprenant et modifiant avec habileté le genre de nourriture et de médicamentation, on pourra s'assurer que le dévoiement n'augmente pas toujours sous l'influence d'un pareil traitement; et, dans ce cas, on devra insister sur l'emploi des moyens qui ont le plus de chances d'attaquer puissamment la diathèse du malade. Si, au contraire, en procédant ainsi, on ne fait qu'empirer le dévoiement, il faudra supprimer le vin, les viandes, etc., et maintenir strictement la diète dans une parcimonieuse mesure et dans l'inflexible prescription d'alimens très légers, comme les bouillons et les potages (467. C.).

ARTICLE VI.

TUBERCULISATION HÉPATIQUE.

797. *Bibliographie.* — TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760). — Pag. 145-6. (Obs. n° XVI, *Tubercules et atrophie du foie; ascite.*)
ROCHE et SANSON. — (*Nouv. élém. de path.*, T. III, p. 69.)
RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) — T. III, p. 450-3. (*Tuberculisation du foie.*)

798. *Bref aperçu.* — A en juger d'après un fait, déjà relaté plus haut (763. E.), et dont je viens encore de citer les garans dans la bibliographie qui précède, ce fait fût-il le seul et unique de ce genre dans les annales de l'observation, force est bien de professer que la tuberculisation hépatique peut se montrer chez certains sujets isolée, primitive, idiopathique. Elle a donc, assurément, quelque droit d'avoir dans une nosographie sa place à part, comme, depuis longtemps déjà, un de nos devanciers, Alibert, la lui avait assignée dans sa famille soi-disant naturelle des *Choloses*, genre VIIIe, *Hépatisie :* ainsi désignait-il la phthisie ou consomption d'origine hépatique, dont il admettait deux espèces, savoir, 1° l'*hépatisie tuberculeuse*, qui est la maladie ici en question, 2° l'*hépatisie abcédée* (qui était là, bien à tort, séparée et éloignée de l'hépatite, dont elle est un des résultats).

Mais, il faut bien le déclarer, la tuberculisation hépatique n'est, dans l'immense majorité, j'allais dire la presque universalité des cas, rien

qu'un détail ordinairement insignifiant au milieu d'une tuberculisation générale de l'économie, rien qu'un élément accessoire et deutéropathique à côté d'une tuberculisation pulmonaire, intestinale, mésentérique ou autre. Et, disons-le sur-le-champ, toujours est-il que, même à tel titre, même à titre secondaire, elle est excessivement rare chez l'adulte, tandis qu'elle est, au contraire, assez fréquente chez l'enfant.

Quoi qu'il en soit, les tubercules hépatiques peuvent également se développer, soit à la surface du parenchyme viscéral, au-dessous de la tunique propre, soit çà et là dans la profondeur même du viscère.

Or, quels en peuvent être les symptômes?

Reconnaissons, d'abord, que dans le foie, aussi bien et, peut-être même, plus que dans tout autre viscère, les tubercules peuvent naître, grossir, se ramollir même, sans aucune douleur, sans aucun symptôme, sans le moindre trouble dans la santé, en un mot, demeurer à l'état d'affection latente fort longtemps, et même indéfiniment. Tant il est vrai que le foie est, de tous les organes importans de l'économie, celui qui se montre le mieux disposé pour supporter patiemment et, pour ainsi dire, en silence, des altérations profondes et graves! L'état latent de la tuberculisation hépatique subsistera d'autant plus aisément et d'autant plus complétement que les tubercules seront en petit nombre et d'un volume peu considérable. Au surplus, les symptômes, quand il y en a, sont ceux de l'hépatite chronique; et, — hormis la teinte ictérique de la peau ou du moins des conjonctives, symptôme accusé par les auteurs bien moins d'après l'observation, j'en ai grand'-peur, que d'après l'induction théorique,—les autres symptômes, tels que la dyspepsie, la langueur, la diarrhée, l'amaigrissement, la fièvre, etc., risquent fort d'être inévitablement confondus avec ceux des diverses tuberculisations avec lesquelles coexiste d'ordinaire la tuberculisation hépatique. Je ne sache pas, quoi qu'en aient dit certains auteurs, d'observation authentique dans laquelle les tubercules hépatiques se soient développés au point de former, à la surface du viscère, des bosselures considérablement saillantes et appréciables, même sur le vivant, à travers les tégumens par le moyen de la palpation, ainsi que cela se voit, et que je l'ai moi-même vu dans le cas de ces tumeurs squirrheuses communément désignées aujourd'hui sous le terme de *squirrhe* ou *cancer marronné du foie*, et que les anciens anatomo-pathologistes ont, il est vrai, qualifiées assez souvent du nom de tubercules, ce nom ayant de leur temps une signification très large et n'ayant pas encore reçu la destination particulière et précise à laquelle il est consacré depuis Bayle (762). Est-il téméraire de supposer que les auteurs dont je relève ici et dont je mets en doute l'assertion ont fait confusion et se sont laissé

tromper par la similitude du terme, sans considérer la différence fondamentale des choses?

Il est bon d'être averti que, si, dans bon nombre d'autopsies, la tuberculisation hépatique se présente sous les aspects les plus réguliers et les plus parfaitement reconnaissables, soit à titre de granulations grises, soit à titre de tubercules crus, il est aussi des cas dans lesquels les tubercules du foie présentent une teinte verte plus ou moins foncée, qu'ils doivent, sans le moindre doute, à la bile. Chez certains sujets, le foie offre, dans son intérieur, une ou plusieurs cavités remplies d'une pulpe ou boue verdâtre, qui au premier aspect, assurément, ne serait pas prise pour de la matière tuberculeuse, et qui pourtant n'est pas autre chose que cette matière ramollie et colorée par la bile.

En supposant qu'on diagnostiquât, qu'on devinât l'existence d'une tuberculisation hépatique, qu'aurais-je à dire du traitement? Rien, absolument rien que de rappeler les principes généraux de la thérapeutique des affections tuberculeuses (770).

ARTICLE VII.

TUBERCULISATION MÉSENTÉRIQUE.

799. *Bibliographie.* — INGRASSIA. — (*De tumoribus præter naturam*, tomus primus. Naples, 1553, in-f°.) Tractat. I, cap. I, comment. 2.

WHARTON. — (*Adenographia, sive glandularum totius corporis descriptio.* Londres, 1656, in-8°. — Autre édition, Amsterdam, 1659, in-8°). Cap. XI, *Affectus glandularum mesenterii.* — C'est là, je crois, la première description *ex professo* des ganglions mésentériques tuberculeux.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) — Epist. XXXIX, art. 6, 7, 8. — Epist. XLIV, art. 3. — Epist. LXVIII, art. 12.

LIEUTAUD. — (*Historia anatomico-med.*) lib. I, sect. V, art. 5, *Mesenterium strumosum.* — Il y a là quatre observations, très intéressantes, dont une d'Ambroise Paré.

BAUMES. *Recherches sur la maladie du mésentère propre aux enfans, que l'on nomme vulgairement* carreau. Mém. qui a remporté le prix proposé par la S. R. de méd. de Paris. Nismes, 1788, in-8°. — Autre éd. Paris, 1806, in-8°, sous le titre que voici : *De l'amaigrissement des enfans*, etc.

BAYLE. — (*Remarq. sur les tuberc.*) Sect. III, observ. IIe, *Tubercules ramollis dans le mésentère, sans aucune lésion manifeste pendant la vie.*

ROCHE. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. IV, p. 618-26.) — Article *Carreau.*

LOUIS. — (*Rech. an., path. et thér. sur la path.*) I[re] partie, chap. IV, art. 3, *Glandes mésentériques.*

GUERSANT. — (Dans le *Répert.*, — t. VI, p. 435-51.) — Article *Carreau.*

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium de médecine pratique*, — t. II, p. 80-98.) — Art. *Carreau.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*) — Tom. III, page 406-34 (*Tuberculisation des ganglions mésentériques*).

800. *Coup d'œil préliminaire.* — La tuberculisation des ganglions du mésentère, ou par abréviation, ainsi que nous avons intitulé le présent article, la tuberculisation mésentérique peut exister et sévir à titre d'affection unique et simple, ou du moins à titre d'affection principale et prédominante. Cela se voit et se rencontre surtout dans le premier âge de la vie, comme autrefois Sauvages l'avait déjà formellement enseigné d'après ses propres observations (*Nosol. meth.*, cl. X, *Cachexiæ*, gen. I, sp. 9, *Tabes mesenterica*), disant avoir constaté l'état strumeux des ganglions mésentériques chez quelques jeunes enfans qui n'avaient point d'autres écrouelles, — et comme l'attestent aujourd'hui, avec une autorité encore plus grande et moins suspecte d'erreur et de méprise, bien des auteurs contemporains, entre autres, notamment, MM. Rilliet et Barthez. Mais, de plus, il est avéré qu'au-delà de l'enfance on peut aussi rencontrer de semblables exemples. Ainsi, pour ma part, j'ai observé chez un jeune homme de dix-sept ans une tuberculisation mésentérique devenue mortelle, sans concomitance de tubercules pulmonaires, observation que je communiquai dans le temps, avec tous ses détails, à la Société de médecine (voir la *Revue méd.*, sept. 1842, pag. 447).

Voici le fait en substance : — Antoine Trémot, ouvrier mécanicien, âgé de dix-sept ans, entre, le 25 avril 1842, à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Antoine, n° 10 (internat de M. Bonnefous). Diarrhée rebelle aux moyens hygiéniques et thérapeutiques qui calment généralement l'entérite catarrhale pure : dépérissement progressif; nombre de petites tumeurs obscurément appréciables au toucher dans la région ombilicale; cicatrices écrouelleuses sur les côtés du cou, avec un reste d'engorgement dans quelques ganglions subjacens ou voisins, etc.; point d'expectoration, point de toux, point de dyspnée, rien à la percussion ni à l'auscultation. Je prononçai donc le diagnostic qui suit : — Carreau, sans tuberculisation pulmonaire, ou du moins, si celle-ci existe, à peine

existe-t-elle dans un degré tant soit peu notable. Le malade succomba, le 11 juin, par suite des progrès incessans de l'épuisement et du marasme. L'autopsie vérifia mon diagnostic. Elle présenta trois points principaux à noter : 1° rien, absolument rien dans le poumon ; 2° énorme développement des ganglions mésentériques par le fait de leur tuberculisation, la matière tuberculeuse se montrant ramollie dans quelques uns de ces ganglions, et se trouvant, dans d'autres, encore à l'état cru; 3° point d'ulcérations intestinales (ainsi, l'entérite qui accompagnait ici le carreau était donc purement et simplement une entérite catarrhale, et non pas une entérite tuberculeuse).

Ce que je viens de raconter est, sans doute, un fait rare, très rare, mais c'est un fait. Encore bien même que l'on nous adressât l'inévitable reproche d'avoir mal examiné les poumons, d'avoir laissé négligemment échapper à nos regards quelques petites granulations tuberculeuses éparses peut-être çà et là dans le parenchyme pulmonaire, toujours est-il qu'une tuberculisation pulmonaire presque imperceptible n'est, en vérité, rien qu'une chose insignifiante en présence d'une tuberculisation mésentérique tellement considérable; et, si l'on veut enlever à celle-ci le titre de mal principal, de mal mortel, ce ne peut être, sérieusement, pour le transporter à celle-là, mais si fait bien, avec quelque apparence de raison, à l'entérite.

Après cela, n'hésitons pas à reconnaître que, même chez les enfans, les cas dans lesquels la tuberculisation mésentérique se montre considérable et à titre réel d'affection prédominante sont assez rares, ou, pour mieux dire, beaucoup moins communs que ne le ferait croire l'emploi banal et indiscret de la dénomination de carreau dans la bouche de tant et tant de praticiens peu versés en anatomie pathologique. Ainsi MM. Rilliet et Barthez, d'après le relevé statistique de leurs observations, ne nous présentent ces cas-là que dans la proportion d'un septième sur le nombre total des enfans chez lesquels ils ont rencontré des tubercules mésentériques, et dans la proportion d'un seizième seulement sur la masse générale des enfans tuberculeux.

Mais, abstraction faite du plus ou moins d'importance morbide des tubercules mésentériques, abstraction faite de la condition qui précède et qui les veut nombreux et très développés, ces tubercules sont incontestablement un vice anatomique très fréquent; car on en rencontre chez près de la moitié des enfans tuberculeux, et chez la cinquième partie des adultes qui meurent de phthisie pulmonaire.

801. *Synonymie.* — Carreau, suivant un terme vulgaire et fort ancien, dont l'étymologie n'est pas trop claire (802), et dont l'Académie française (Dictionn. de 1835) répète encore l'étrange et vague définition que voici : *Maladie qui rend le ventre des enfans dur et tendu.* —

Anciennement aussi, mais plus scientifiquement : Opilations ou Obstructions mésentériques. — Écrouelles du mésentère. — Étisie ou Atrophie mésentérique. — Emphraxie mésentérique, de Baumes. — Mésentérie, d'Alibert (famille VIII, *Adénoses*, genre II, en deux espèces : 1° *M. idiopathique*, 2° *M. symptomatique*). — Mésentérite, ou bien encore, Entéro-mésentérite, des écrivains de l'école broussaisienne. — Phthisie mésentérique, de MM. Rilliet et Barthez.

802. *Conjectures sur l'étymologie du mot* carreau. — Ce n'est guère que depuis un demi-siècle que les médecins sont généralement convenus de restreindre la signification de ce mot à l'affection tuberculeuse des ganglions mésentériques. Autrefois on confondait, et bien des gens confondent encore, sous ce terme, suivant la vague portée d'une définition académique ci-dessus transcrite (801), diverses affections abdominales des enfans, ayant entre elles cela de commun de donner de la dureté au ventre, et d'être excessivement graves, presque inévitablement mortelles. Ainsi en est-il, non seulement de la tuberculisation mésentérique, mais encore de la péritonite tuberculeuse, ou de l'entérite avec météorisme rénitent, etc. Mais pourquoi donc avait-on adopté ce terme de carreau? D'où vient-il? C'est une métaphore, sans doute; mais quel en est le point de départ? En quoi se peut-il qu'un pareil terme ait en lui, comme le disent certains auteurs, la propriété d'exprimer particulièrement la dureté des tumeurs constituées par le développement tuberculeux des ganglions mésentériques? J'avoue ne pas apercevoir cela du tout. A défaut, donc, de renseignemens positifs sur l'origine de l'acception médicale du terme en question, voici la conjecture qui me vient à l'esprit, et qui, plus j'y réfléchis, me paraît d'autant plus vraisemblable. On sait que, parmi les armes en usage dans le moyen-âge, il y en avait une, appelée *carreau*, qui était une espèce de trait ou de flèche, ayant un fer en forme de pyramide *carrée* (quadrangulaire, dira-t-on plus élégamment), et se décochait par le moyen d'une arbalète. De là, chez nos anciens poëtes, les *carreaux* de la foudre; cette figure longtemps en honneur dans le style le plus sublime, mais, depuis l'abandon de l'arbalète et le règne des armes à feu, fort peu comprise, tombée en discrédit, et laissée en partage, comme tant d'autres archaïsmes, au genre ironique et burlesque. Eh bien, il me semble donc que nos aïeux furent naturellement amenés à désigner certaines maladies sous le nom de carreau, pour en exprimer la léthalité d'une façon énergique et pittoresque. Ils dirent : voilà un enfant atteint du carreau! — comme nous dirions : voilà un enfant frappé à mort! — comme Corvisart disait de ceux à qui survient un vice organique du cœur : *hæret lateri lethalis arundo.*

803. — *Symptomatologie.* — A. D'abord, reconnaissons que la tu-

berculisation mésentérique, même parvenue à un degré déjà considérable d'étendue et de développement, peut quelquefois rester complétement latente, et ne causer aucun trouble dans la santé. Combien de fois n'a-t-on pas répété, après Morgagni, l'histoire, attestée par Ingrassia, de ce nègre qui était parfaitement bien portant, plein de force et de vie lorsqu'il fut condamné à être pendu et que son autopsie vint révéler, dans le mésentère, l'existence d'environ cent quarante tumeurs strumeuses, les unes libres, les autres adhérentes à l'intestin, et dont le volume variait depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de poule ! Nous avons aussi la non moins fameuse observation de Bayle (*loc. cit.*), dans laquelle il s'agit d'une petite fille de cinq ans, morte de brûlures en quelques heures au beau milieu de la plus parfaite santé, et qui présenta dans son mésentère, d'ailleurs chargé de graisse, douze tubercules en plein ramollissement, dont quelques uns avaient le volume d'une petite noix, mais sans qu'aucun autre organe (notons-le bien) fût atteint d'une telle dégénérescence. M. Guersant assure avoir aussi observé des faits semblables. Et cela n'est pas fort malaisé à concevoir. Sans doute nous ne nions pas que l'engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques ne fasse obstacle au cours du chyle, et ne devienne ainsi une cause d'épuisement. Mais ç'a été un temps une grande erreur en physiologie, et bien des médecins, à ce qu'il semble, la partagent encore ; c'est, je le répète, une grande erreur que de considérer l'appareil chylifère comme le seul et unique agent de l'absorption alimentaire. Avant que cet appareil eût été découvert par les recherches d'Aselli et de Pecquet, les veines mésaraïques étaient, comme de raison, la seule voie qui pût être reconnue pour amener dans le sang les produits utiles et nutritifs de la digestion. Depuis, par un revirement fort ordinaire à l'esprit humain, la plupart des physiologistes ont déshérité de cette importante attribution le système de la veine porte, et en ont exclusivement doté l'appareil chylifère. Cependant, il y avait toujours eu quelques protestations. Dans le XVII[e] siècle même, l'Anglais Willis, le Hollandais Swammerdam, et d'autres anatomistes et physiologistes célèbres, regardèrent comme agens de l'absorption alimentaire l'un et l'autre de ces deux systèmes vasculaires (Requin, *Encycl. nouv.*, art. *Chyle*). Et c'est là l'opinion qui triomphe aujourd'hui à bien juste titre. Voilà seulement comment il est permis de comprendre que certains expérimentateurs aient quelquefois impunément pratiqué la ligature du canal thoracique, et que, en empêchant ainsi le chyle d'arriver dans le sang, ils aient pourtant vu l'animal survivre sain et sauf. Et, pour en revenir à notre sujet, à la tuberculisation mésentérique, voilà comment il est permis de comprendre que la santé et l'embonpoint puissent encore se maintenir, les ganglions du mésentère fussent-ils tous devenus

tuberculeux et complétement imperméables au chyle. Mais, au surplus, en règle générale, tous les ganglions ne sont pas tuberculisés, tous ne le sont pas dans le même degré, et au point de ne plus posséder aucun vestige de leur perméabilité physiologique.

B. De ce que la tuberculisation mésentérique peut quelquefois être une affection absolument latente, ce n'est pas à dire pour cela qu'elle ne puisse, chez d'autres individus et dans d'autres circonstances, constituer un véritable état de maladie, tout aussi bien et même à plus de titre que les écrouelles cervicales, dont le ramollissement et la suppuration sont, comme on sait, fort capables d'engendrer un malaise général, un appareil fébrile. Mais il est facile de concevoir qu'une maladie qui consiste simplement, uniquement, exclusivement dans la dégénération tuberculeuse des ganglions mésentériques, doit débuter d'une manière obscure et lente. Amaigrissement d'abord léger, puis de plus en plus prononcé; langueur, affaiblissement, pâleur du teint; diarrhée de temps à autre, pour la plus légère cause, ou même sans cause appréciable. Après une période plus ou moins longue de ces symptômes équivoques, on voit ordinairement, mais non pas toujours, le ventre se gonfler, devenir démesurément gros, et faire un hideux contraste avec l'amincissement des cuisses et des jambes. Quand les parois abdominales se laissent facilement déprimer, on peut, à l'aide de la palpation, rencontrer et distinguer, dans la région de l'ombilic ou dans les flancs, des tumeurs plus ou moins dures, ordinairement un peu mobiles, mais quelquefois fixes, inégales de forme et de volume, mais, comme de juste, parfaitement comparables aux ganglions écrouelleux qui se font si fréquemment observer sur les côtés du cou. Généralement, la pression exercée sur les tumeurs tuberculeuses du mésentère n'est pas du tout douloureuse; quelquefois, pourtant, par exception, elle éveille une douleur assez vive. A ce degré du mal, il est peu d'individus qui ne soient en proie à la diarrhée : ce qui n'est pas, il faut bien le reconnaître, l'effet immédiat de la tuberculisation mésentérique, mais de l'entérite, qui, tôt ou tard, si tant est même qu'elle n'ait pas précédé les débuts de cette tuberculisation, finit par la compliquer deutéropathiquement, et qui, en règle générale, participe elle-même de la nature tuberculeuse, et consiste en un plus ou moins grand nombre d'ulcérations. Cette diarrhée, d'ailleurs, est tantôt continue, tantôt avec des alternatives de constipation. Il n'est pas vrai que, sous l'influence du carreau, les selles diarrhéiques aient, plus particulièrement que dans toutes les entérites chroniques des enfans, cet aspect argileux que certains auteurs avaient posé comme un signe pathognomonique; mais, ici comme ailleurs, les selles varient beaucoup de couleur et de nature. Il n'est pas vrai, non plus, que les enfans atteints du carreau aient un

appétit insatiable, cette faim vorace dont on a aussi parlé comme d'un trait caractéristique; cette particularité-là a sans doute lieu quelquefois, mais rarement, mais, certes, pas plus fréquemment que chez ceux qui se trouvent attaqués de toute autre tuberculisation, ou seulement même d'entérite catarrhale chronique. Quoi qu'il en soit, enfin, une fois que les diarrhées abondantes et continuelles sont là, tous les phénomènes de la fièvre hectique ne tardent pas à se manifester. Le malade dépérit graduellement, tombe dans le marasme, et meurt d'épuisement. Mais, dans ce triste drame, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de faire exactement la part de la tuberculisation mésentérique; car on reste encore au-dessous de la vérité, en disant que les cinq sixièmes des malades ont des tubercules dans d'autres organes, et notamment dans les poumons; et la plupart d'entre eux sont littéralement atteints aussi de phthisie pulmonaire; ils toussent, rendent en abondance des crachats nummulaires, voire même puriformes, ont le poumon creusé de cavernules, si ce n'est même de grandes cavernes.

C. Nul doute que la maladie n'aboutisse quelquefois à bonne et solide guérison, surtout lorsque la tuberculisation mésentériqne existe seule, parfaitement simple, et qu'elle n'a pas acquis un développement considérable, un développement tel qu'on la reconnaisse positivement sur le vivant par le moyen de la palpation. Peut-être même est-ce alors un cas ordinaire, mais dont la constatation nous échappe, faute de signes diagnostiques qui soient certains et non équivoques. Pour accomplir cette guérison, les ressources de la nature sont, non pas, je le répète ici, de résorber en entier la matière tuberculeuse, résorption dont rien ne prouve jusqu'à présent la possibilité, mais de transformer cette matière en une sorte de craie ou de pierre, ou bien encore de l'éliminer par la voie de l'intestin après le travail de ramollissement, et grâce uniquement à la circonstance toute particulière d'adhérences établies entre les parois intestinales et le ganglion tuberculeux, comme celles qui existaient chez ce nègre dont Ingrassia nous a légué l'histoire.

804. *Anatomie pathologique.* — A. Au premier aspect, les ganglions mésentériques, devenus tuberculeux et, partant, plus volumineux qu'à l'état normal, offrent divers degrés de grosseur (depuis la grosseur d'un pois, par exemple, jusqu'à celle d'un marron ou d'un œuf). Assez souvent, ils se trouvent agglomérés et adhérens entre eux, de manière à former, au-devant de la colonne vertébrale, une seule et même masse, peu ou point mobile, — grosse quelquefois comme les deux poings, — irrégulière et toute bosselée, en raison des saillies et des dimensions variées de chaque ganglion, qui, là, se dessine encore plus ou moins distinctement, — enfin, dure et mollasse, suivant l'état cru ou ramolli

de la matière tuberculeuse. Quelquefois, cette masse comprime la veine cave supérieure : compression qui, sur le vivant même, se fait soupçonner par un développement extraordinaire des veines sous-cutanées abdominales, et par l'œdème des membres inférieurs.

B. A la coupe, les ganglions présentent des aspects variés, suivant l'étendue, et, surtout, l'état de la matière tuberculeuse. Les uns, et ce sont ceux où la tuberculisation n'est qu'à son début, contiennent çà et là quelques granulations grises ou jaunes, ou un peu d'infiltration jaune décidément caractérisée, mais dans les intervalles de laquelle se laisse parfaitement voir le tissu naturel, tantôt resté tout-à-fait sain, tantôt, et plus ordinairement, hypérémié, rouge ou rosé, et un peu ramolli. Les autres, au contraire, totalement tuberculisés et transformés, ont le même aspect, la même couleur, la même consistance, et, quelquefois aussi, précisément le même volume qu'un marron dépouillé de son écorce. On en voit d'autres encore qui, à un degré intermédiaire d'altération entre ceux-ci et ceux-là, n'offrent, autour des dépôts de matière tuberculeuse crue, rien qu'un tissu grisâtre, induré et cassant; en un mot, rien qu'une variété même de la tuberculisation, rien qu'un état d'infiltration grise, tel qu'il se fait observer si communément autour des cavernes pulmonaires. Inutile de dire que, dans un grand nombre de cas, les tubercules mésentériques se trouvent ramollis : ce ramollissement, suivant MM. Rilliet et Barthez, aurait lieu plus fréquemment de trois à dix ans qu'avant ou après cet âge. Bien des fois, aussi, il est donné aux observateurs de constater, dans quelques uns des ganglions tuberculisés, la transformation crétacée ou pierreuse de la matière tuberculeuse.

C. Notons, en outre, que les tubercules mésentériques, crus ou ramollis, se trouvent souvent entourés d'un kyste.

D. Parmi les sujets qui meurent atteints du carreau, il y en a beaucoup, — plus de la moitié d'entre eux, suivant M. Guersant, — qui ont des ulcérations intestinales de nature tuberculeuse, et au fond desquelles, effectivement, il n'est pas rare de retrouver et de constater des fragmens de tubercules. Mais gardons-nous d'inférer de là, et de professer, avec l'école broussaisienne, que le carreau n'est jamais autre chose qu'un effet consécutif à l'entérite. En réalité, il n'existe aucun rapport de cause à effet entre la tuberculisation mésentérique et la tuberculisation intestinale : en l'absence complète de celle-ci, celle-là peut quelquefois se montrer, même dans un degré considérable de développement; et, quand elles existent toutes deux ensemble, il s'en faut beaucoup qu'elles soient toujours proportionnées l'une à l'autre. Si elles coexistent si fréquemment, c'est qu'elles sont la manifestation d'une même diathèse. Mais c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui se développe

la première ; c'est tantôt l'une, tantôt l'autre, qui a le rôle de maladie prédominante.

E. C'est ici le lieu de remarquer que M. Cruveilhier (*Anat. path.*, livraison II, pl. 1re) assure avoir reconnu, chez des phthisiques atteints d'ulcérations intestinales, la présence d'une matière tuberculeuse dans les vaisseaux chylifères qui, des points malades de l'intestin, se rendaient à des ganglions mésentériques tuberculisés, soit que la matière tuberculeuse eût pénétré dans les vaisseaux par voie d'absorption, soit que, bien plus probablement, elle y eût pris naissance et en eût envahi les parois. A l'appui de ses propres observations, M. Cruveilhier invoque, dans le même passage, l'autorité de M. Andral, qui lui a dit avoir rencontré des faits de ce genre ; il cite aussi une observation de J. F. Meckel, dans laquelle il croit apercevoir la constatation d'un cas semblable.

805. *Étiologie.* — (768). — Impossible de dire pourquoi, sous l'influence des causes générales de la diathèse tuberculeuse, les ganglions mésentériques, plutôt que toute autre partie de l'organisation, deviennent le siége exclusif ou prédominant de la sécrétion hétérologue. Tout ce qu'il y a de certain, c'est que le carreau est une maladie presque exclusivement dévolue à l'enfance ; mais, il faut le dire, ni plus ni moins que les tuberculisations diverses qui frappent d'autres organes que le poumon. Ajoutons, d'après MM. Rilliet et Barthez : 1° que le carreau frappe et enlève les garçons en plus grande proportion que les filles ; 2° qu'il n'atteint jamais, ou presque jamais, les enfans au-dessous de trois ans ; 3° qu'il constitue une maladie d'autant plus légère que l'enfant est plus jeune ; 4° qu'il a son maximum de fréquence de cinq à dix ans ; 5° enfin, qu'il est fort rare de douze à quinze.

806. *Diagnostic.* — (769. A.). — Problème bien difficile et bien obscur ! Le gros volume du ventre, ce phénomène banal d'après lequel le vulgaire s'imagine voir, chez les enfans, le carreau déjà confirmé, ou tout au moins en perspective, n'a véritablement ici aucune valeur séméiologique. Car, ainsi que M. Guersant l'a remarqué, la plupart des enfans, jusqu'à trois ou quatre ans, ont un gros ventre, d'abord parce que, à cet âge, le tube intestinal est plus étendu, le foie plus volumineux, puis parce qu'il existe toujours un certain degré de météorisme (45. B.) chez ceux qui sont naturellement faibles, accidentellement affaiblis par une mauvaise alimentation, atteints d'entérite chronique, etc., etc. Le seul signe vraiment positif qui permette d'inscrire le carreau en toute certitude sur la feuille de diagnostic, c'est lorsqu'on parvient, en palpant le ventre avec soin, à rencontrer et à toucher en quelque sorte les engorgemens ganglionnaires du mésentère. Encore faut-il prendre garde à ne point confondre les scybales (ou matières

fécales endurcies) avec de tels engorgemens : méprise, je dois le dire, très facile à éviter ; car, 1° ces engorgemens se font sentir dans la région de l'ombilic, tandis que les scybales occupent d'ordinaire le flanc et la fosse iliaque du côté gauche ; 2° les scybales disparaissent après une ou plusieurs purgations, et non pas les tumeurs tuberculeuses du mésentère. Mais enfin, lorsque les écrouelles mésentériques échappent à la palpation, soit parce qu'elles sont encore trop peu développées, soit parce que la main du médecin ne peut les atteindre à cause de l'excessive tension du ventre, alors il est impossible de distinguer sûrement, péremptoirement le carreau d'avec l'entérite chronique, tuberculeuse ou non, d'avec la péritonite tuberculeuse, etc., d'autant plus que ces maladies marchent assez ordinairement avec lui.

807. *Pronostic.* — Très grave, et, je dirai même, presque infailliblement mortel, toutes les fois que la tuberculisation mésentérique est assez avancée, assez développée pour se faire diagnostiquer positivement par le moyen de la palpation.

808. *Thérapeutique.* — (770 et 796.) — Mêmes écueils ici à éviter que dans le cas de tuberculisation intestinale, d'abord parce que cette tuberculisation est souvent là pour compliquer la tuberculisation mésentérique ; et puis, parce qu'en l'absence même des tubercules intestinaux, l'entérite et la diarrhée n'en sont pas moins un fait à peu près constant. Il ne faut donc, ni se préoccuper exclusivement de l'entérite, au point d'oublier et de laisser tout-à-fait de côté l'ancre de salut, la médication corroborante, ni mettre en jeu, aveuglément et sans discernement, tous les ressorts de cette médication malgré les contre-indications que l'état de l'intestin pose et maintient. Entre ces deux écueils, le praticien habile sait garder un juste milieu, dont je crois avoir suffisamment indiqué les principes et l'esprit à la sagacité du lecteur (796).

ARTICLE VIII.

TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES.

809. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. LXVIII, art. 12.

LAENNEC. — (*Traité de l'auscult.*) IIe partie, sect. Ire, chap. 9, *Des affections des glandes bronchiques.*

LEBLOND. — *Recherches sur une espèce de phthisie particulière aux enfans.* Th. inaug. Paris, 1824, n° 53.

BECKER. *De glandulis thoracis lymphaticis atque thymo specimen pathologicum.* Berlin, 1826.

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, t. IV, p. 248-64.)

LOUIS. — (*Recherch. an., path. et thér. sur la phthisie.*) Ire partie, chap. IV, art. 2, *Glandes bronchiques.*

TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760). — Pag. 150-1, *Tubercules des ganglions bronchiques.*

— *Mémoire sur les maladies des sinus veineux de la dure-mère.* Déjà cité (306). — Pag. 344-8, observ. n° 2. (*Concrétion sanguine dans les sinus de la dure-mère et dans les veines jugulaires internes; énorme épanchement dans la pie-mère; compression de la veine cave supérieure par une masse tuberculeuse.*)

LEPELLETIER (du Mans). — (Dans le *Journ. hebdomadaire*, année 1834, t. IV, p. 366-7.) — Observation intitulée : *Lombrics trouvés à l'extérieur de l'œsophage, après en avoir effectué largement la perforation.* — Il est évident, pour moi comme pour MM. Rilliet et Barthez, que c'est là un exemple de l'un des effets possibles de la tuberculisation ganglio-bronchique. Il y eut, dans ce cas, perforation de l'œsophage, par suite des adhérences et de l'ulcération d'un ganglion tuberculeux, qui établit ainsi la communication entre le canal et les voies bronchiques; et les helminthes, qui étaient censés avoir percé l'œsophage pour pénétrer ensuite dans le poumon, n'avaient fait que franchir une ouverture accidentelle largement béante.

CONSTANT. — (*Revue clinique de l'hôpital des Enfans.* Dans la *Gazette médicale*, année 1835, p. 569-70.) — Observation 1re, *Phthisie granuleuse produisant l'état de suffocation des maladies du cœur; compression de l'artère pulmonaire par une tumeur ayant son siége dans les glandes médiastines dégénérées.*

RILLIET et BARTHEZ. (*Recherches anatomico-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfans.* Dans les *Archives*, janvier 1840.)

— *Recherches symptomatologiques sur la tubercul. des ganglions bronchiques chez les enfans.* (Dans les *Archives*, décembre 1842. — Double travail, reproduit, comme de juste, dans le *Traité clinique et pratique des maladies des enfans*, t. III, p. 165-219 (*Tubercules des ganglions bronchiques.*) — Grâce aux érudites observations et aux persévérantes recherches de MM. Rilliet et Barthez, la science possède enfin une histoire à peu près complète de l'affection dont il s'agit, et sur laquelle ces médecins ont émis plusieurs propositions aussi neuves qu'intéressantes, et qui, pour la plupart, me semblent mériter une entière créance.

BERTON. — (*Traité pratique des mal. des enf.*) Chap. IV, sect. IV, § 1. — (Pag. 508-32.)

LEY (Hugh). — *Observations on the crowing inspiration of children, and its connexion with a marbid condition of the thoracic or cer-*

vical absorbent glands. (Dans *The London medical Gazette*, année 1834, numéros des 8, 15 et 22 février, 1er mars et 5 avril.)

810. *Notion préliminaire.* — La tuberculisation des ganglions bronchiques se rencontre chez la moitié des sujets adultes qui meurent de phthisie pulmonaire, mais généralement elle n'existe chez eux que dans un faible degré, et, s'il est permis d'ainsi parler, dans des dimensions insignifiantes, et n'est alors rien autre chose qu'une affection fort secondaire, et qui peut, la plupart du temps, passer inaperçue. Il n'en est pas de même dans l'enfance. A cet âge, en effet, non seulement la tuberculisation des ganglions bronchiques coexiste presque toujours avec celle du poumon, mais encore elle peut assez souvent acquérir un développement tel, grandir dans des proportions tellement énormes, qu'elle devient alors elle-même une cause de symptômes spéciaux, d'accidens fâcheux et même mortels; sans compter, en outre, que chez quelques enfans elle se développe et sévit seule, comme MM. Rilliet et Barthez nous en fournissent une observation remarquable, à la fin du chapitre qu'ils ont consacré à cette affection.

811. *Synonymie.*—Phthisie bronchique, de M. Leblond et de quelques autres : fort improprement et de manière à donner le change, puisque, à moins d'être bien et dûment averti d'un tel abus de mot, on devrait naturellement penser qu'il s'agit d'une affection particulière aux bronches, et non pas aux ganglions bronchiques. — Tuberculisation ganglionnaire thoracique. — Pourquoi ne dirions-nous pas : Tuberculisation ganglio-bronchique ?

812. *Symptomatologie.* — A. Dans un sujet où ma propre expérience ne me fournit encore, je dois l'avouer, que très peu de lumières, je ne puis rien faire de mieux que d'emprunter textuellement à MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 198-201) le résumé qu'ils nous donnent en ce qui concerne les symptômes locaux ou spéciaux de la maladie en question, et qu'ils ne soumettent à notre appréciation qu'après nous avoir préalablement exposé une histoire détaillée et approfondie de chacun de ces symptômes.

Voici donc ce que ces observateurs écrivent :

« Les ganglions bronchiques devenus tuberculeux forment une tu-
» meur plus ou moins volumineuse, qui agit sur les fonctions des divers
» organes avec lesquels elle est en contact.

» Ainsi, en comprimant la veine cave supérieure, ils déter-
» minent :

» 1° L'œdème de la face;

» 2° La dilatation des veines du cou;

» 3° La coloration violacée de la figure ;

» 4° L'hémorragie de la grande cavité arachnoïdienne. » D'où, ajouterai-je, la production de ce que nous nommons une apoplexie (249).

« De la compression des vaisseaux pulmonaires peut résulter :

» 1° L'hémoptysie ;

» 2° L'œdème du poumon.

» Lorsque les ganglions compriment le nerf pneumo-gastrique, il peut » survenir :

» 1° Des altérations dans le timbre de la toux et de la voix ;

» 2° Des quintes de toux qui simulent celles de la coqueluche ;

» 3° Des accès d'asthme tout-à-fait insolites chez l'enfant.

» L'action des ganglions sur les poumons et sur les bronches est des » plus remarquables.

» En comprimant les conduits de l'air, ils déterminent :

» 1° La production de râles sonores [1], intenses, très persistans, et » dont le timbre est parfois remarquable ;

» 2° Ils empêchent la circulation de l'air, et de là résulte l'obscurité » du bruit respiratoire. Ce phénomène peut aussi dépendre de l'œdème » que détermine la compression des vaisseaux pulmonaires.

» Non seulement les ganglions peuvent agir sur les bronches comme » agens de compression, mais aussi comme organes conducteurs des vi- » brations sonores. De là résultent les phénomènes suivans :

» 1° Le poumon étant tout-à-fait sain, ou à peu près, il se peut » qu'on perçoive, dans certaines parties de la poitrine, diverses altéra- » tions du bruit respiratoire, telles que de l'expiration prolongée, de la » respiration bronchique, et tous les sons qui, à l'état normal, ont lieu » dans les bronches et ne sont pas transmis à l'oreille.

» 2° Ces phénomènes sont encore plus tranchés, s'il existe quelques » lésions pulmonaires, dont le symptôme stéthoscopique, peu intense » d'habitude, semblera s'exagérer par le fait de la présence des gan- » glions. Ainsi, des tubercules miliaires crus donneront lieu à de la res- » piration bronchique ou même caverneuse, à de la pectoriloquie ; s'ils » commencent à se ramollir, ou s'ils s'accompagnent d'une légère bron- » chite, on pourra percevoir du gargouillement.

» 3° Les bruits stéthoscopiques fournis par la lésion d'un poumon » peuvent être transmis du côté opposé, et faire croire ainsi à une lésion » double.

» 4° En un mot, les ganglions bronchiques, en s'appuyant sur la » colonne vertébrale d'un côté, pendant que de l'autre ils entourent

(1) Râle sibilant ou râle ronflant de Laënnec (46. F. γ.)

» les bronches, transmettent directement à l'oreille les bruits normaux » ou *anormaux* qui se passent dans un point du poumon éloigné de » la cage thoracique, et semblent ainsi les exagérer.

» 5° Ces phénomènes stéthoscopiques sont perçus surtout au som- » met des poumons en arrière, plus rarement en avant. Tous les symp- » tômes que nous venons d'énumérer, et qui sont le résultat de l'ac- » tion des ganglions volumineux et durs sur les vaisseaux, les nerfs, » les bronches et les poumons, n'existent pas constamment, ni tous » réunis; leur production est subordonnée à la position des ganglions » et à leur développement dans un certain sens.

» Mais, en outre, lorsqu'ils existent, ils sont soumis à une loi d'in- » termittence remarquable à laquelle aucun n'échappe. Ainsi, l'œdème » de la face paraît et disparaît facilement.

» La coloration violacée de la figure n'est pas constante.

» Les altérations dans le timbre de la toux et de la voix, les quintes » de toux, les accès d'asthme, existent un jour et disparaissent le len- » demain, pour reparaître à une époque plus ou moins éloignée et indé- » terminée.

» Les signes stéthoscopiques ne sont pas constamment les mêmes, » ou n'ont pas une marche régulièrement croissante. Ainsi, un jour » on percevra de la respiration bronchique évidente, le lendemain ce » sera seulement de l'expiration prolongée, et le surlendemain de la » respiration caverneuse; en sorte que la respiration obscure, l'ex- » piration prolongée, la respiration bronchique, la respiration caver- » neuse, la pectoriloquie, le gargouillement et même les râles sonores, » pourront alterner ou se succéder sans régularité à des momens in- » déterminés.

» Ces variations dépendent tantôt de l'ampleur des mouvemens res- » piratoires, tantôt de leur nombre ou de leur force, ou bien encore » de la lésion pulmonaire elle-même qui se transmet directement à » l'oreille. Le plus souvent, sans doute, il existe plusieurs causes qui » nous échappent encore; car les phénomènes morbides produits sur » les tumeurs qui agissent comme organes de compression sont d'ordi- » naire intermittens.

» Si les tubercules bronchiques » (c'est-à-dire ganglio-bronchiques) » sont ramollis et communiquent avec les bronches, tous les sym- » ptômes que nous avons énumérés n'existent plus, parce que les tu- » meurs, en général plus petites, sont situées dans l'intérieur du pou- » mon, et ne sont plus en contact avec la colonne vertébrale : aussi, » l'on ne constate ni respiration caverneuse ni gargouillement, à » moins que le poumon ne soit lui-même creusé d'une excavation tu- » berculeuse.

» L'expectoration ne peut être d'aucun secours pour le diagnostic, » qui doit échapper dans la très grande majorité des cas, sinon toujours.

» Les phénomènes que l'on peut observer résultent presque unique- » ment de l'ulcération et de la perforation des organes avec lesquels » les ganglions sont en contact, et rien jusqu'à présent ne saurait in- » diquer qu'ils dépendent des ganglions plutôt que de l'organe pulmo- » naire. Ainsi, la perforation du poumon détermine un pneumo-thorax » (lequel, devrons-nous ajouter, ne paraît guère être possible par le seul effet des tubercules ganglio-bronchiques, et, jusqu'ici, n'a été constaté que dans le cas seulement où, avec un ganglion tuberculeux, ulcéré et ouvert dans les voies aérifères, il existait en même temps des tubercules pulmonaires, et où ceux-ci s'étaient enchaînés entre eux et avec ce ganglion, de manière à percer le viscère de part en part, depuis la racine des bronches jusqu'au sac pleural); « celle des vaisseaux pulmonaires, une hémoptysie foudroyante; » et la communication de l'œsophage avec les bronches ou la trachée, » au moyen des ganglions bronchiques, peut être, lors de la dégluti- » tion des liquides, la cause de violentes quintes de toux. »

B. Si, de ce qui précède, il résulte évidemment que, dans certains cas, la tuberculisation ganglio-bronchique peut par elle-même constituer une maladie mortelle, il n'en est pas moins certain qu'à elle toute seule, et plût à Dieu qu'elle fût moins souvent accompagnée de tubercules pulmonaires, elle serait généralement peu grave, pas plus grave, par exemple, que la tuberculisation des ganglions sous-cutanés. Elle peut, en effet, fort bien guérir, soit par pétrification de la matière tuberculeuse, soit par élimination de cette matière, qui, plus ou moins ramollie ou même encore à l'état cru, se fait jour dans les voies aériennes, mises en communication avec l'intérieur des ganglions à la suite d'un travail particulier d'inflammation adhésive et d'ulcération.

813. *Anatomie pathologique.* — A. C'est sous la forme d'infiltration, ordinairement, que la matière tuberculeuse existe dans les ganglions bronchiques. Il paraît constant qu'en général elle commence par envahir le centre de ces petits organes, pour s'étendre de là par un accroissement graduel jusqu'à leur périphérie. Ici, comme partout, la règle est que cette matière finit par se ramollir. Dans quelques ganglions, on a occasion d'en constater la transformation crétacée ou pierreuse; mais, presque toujours, cette transformation n'est que partielle, et ne neutralise que la moitié, que le tiers, que le quart du mal, ou même moins encore.

B. Pour peu que les ganglions bronchiques aient dans leur sein une certaine quantité de matière tuberculeuse, ils se trouvent augmentés

de volume ; ils offrent, par exemple, la grosseur d'une noisette, d'une amande ou d'un marron. MM. Rilliet et Barthez en ont vu d'aussi gros qu'une grosse pomme. Mais, au surplus, il faut dire que les ganglions extérieurs au poumon sont apparemment les seuls qui puissent acquérir un si énorme développement. Les ganglions intérieurs, ceux qui, comme on sait, existent encore dans la profondeur du viscère, le long des rameaux bronchiques de premier ordre, et aussi le long de ceux de second, de troisième, et même de quatrième ordre, ne dépassent guère les dimensions d'une noisette ou d'une petite amande.

C. Il va sans dire que le nombre des ganglions bronchiques devenus tuberculeux est très variable. Tantôt, par exemple, on en compte à peine cinq ou six, çà et là ; tantôt ils sont très nombreux, et à courte distance les uns des autres, voire même groupés en masse.

D. Lorsque la tuberculisation est parvenue jusqu'à la périphérie du ganglion, la règle est que le ganglion se trouve enveloppé d'un kyste. Généralement ce kyste est mince, mais assez résistant; il adhère intimement à la matière tuberculeuse, de sorte qu'il en entraîne avec lui une couche, quelque délicatesse qu'on mette à le séparer.

E. Pour ce qui est des rapports nouveaux et pathologiques que les ganglions bronchiques tuberculeux ont avec les organes voisins, on peut les réduire aux deux cas principaux que voici : 1° compression exercée par les tumeurs ganglionnaires sur les divers organes auprès, et, il faut dire quelquefois aussi, autour desquels elles sont situées; 2° adhérence étroitement contractée entre ceux-ci et celles-là, et, à la suite de cette adhérence, communication ulcéreuse plus ou moins largement ouverte, par où la matière tuberculeuse s'évacue.

α. Le plus ordinairement la *compression* porte sur la trachée, sur les bronches ou seulement sur l'une des deux, ou sur quelqu'une de leurs divisions principales; mais, quelquefois aussi, on a vu et reconnu positivement que certaines tumeurs ganglionnaires, en raison de leur situation particulière et de leur énorme développement, comprimaient, soit l'aorte, soit l'artère ou les veines pulmonaires, soit la veine cave supérieure et la veine azygos, soit les nerfs pneumo-gastriques, soit même enfin l'œsophage.

β. Quant à ce qui regarde la diversité des voies accidentelles de *communication* par où se vide la matière tuberculeuse des ganglions bronchiques, cette communication peut donc avoir lieu :

1° Avec les bronches et leurs divisions. Et c'est là l'évènement le plus ordinaire, — il faut même dire, l'évènement à peu près constant. Rien de plus facile à comprendre, vu les rapports naturels de contiguïté que les ganglions bronchiques ont, ainsi que leur nom même le rappelle, avec tout le système de ces canaux aérifères, et vu aussi l'im-

possibilité qu'il y a, pour ces canaux, de fuir devant la compression, d'y échapper en se déplaçant, comme y échappent, par exemple, assez souvent et assez facilement les gros vaisseaux et l'œsophage.

2° Avec les profondeurs du parenchyme pulmonaire. Cela se présente dans quelques cas, et même de telle sorte que le kyste ganglionnaire, une fois vidé entièrement ou à moitié, peut aisément être pris pour une excavation de ce parenchyme. Pour nous prémunir contre une semblable méprise, pour nous mettre à même de distinguer, presque toujours, les cavernes ganglionnaires ou pseudo-cavernes d'avec les véritables cavernes pulmonaires, MM. Rilliet et Barthez tracent, entre celles-ci et celles-là, le parallèle différentiel qui suit : — En général, disent-ils, les cavernes ganglionnaires sont peu spacieuses, ont leur intérieur lisse et tapissé d'une membrane rougeâtre, communiquent avec les conduits bronchiques par une ouverture située latéralement, arrondie et à bords minces, siègent à la racine des poumons ; tandis que les cavernes pulmonaires, pour parler encore en général, sont plus vastes, plus irrégulières, présentent des brides transversalement tendues d'un côté à l'autre, et parfois même des cloisons presque complètes, communiquent en plein avec des rameaux bronchiques tronqués et tout béans, et se trouvent plus ou moins éloignées de la racine des poumons. Mais, enfin, il y a des cas où la distinction est très difficile, pour ne pas dire impossible.

3° Avec l'artère pulmonaire. Très rarement, il est vrai ; mais, enfin, M. Berton, MM. Rilliet et Barthez ont vu cela. Inutile de dire qu'en pareille circonstance survient une hémorragie foudroyante.

4° Avec l'œsophage. Très rarement aussi ; mais M. Leblond et M. Berton ont eu occasion d'en constater des exemples évidens. Ajoutons que M. Lepelletier, du Mans, nous en fournit encore un autre exemple, quoique méconnu par lui (809).

5° Avec la cavité pleurale : non pas directement, mais, si fait bien, médiatement, et par suite d'une tuberculisation pulmonaire, perforant d'une part la plèvre, et d'autre part le kyste ganglionnaire. Ainsi du moins le démontrent les observations jusqu'ici connues ; et cela se conçoit aisément : car les ganglions bronchiques situés à la racine du poumon, c'est-à-dire ceux qui sont à proximité de la membrane séreuse, avoisinent, et, pour mieux dire, serrent de plus près la bronche ; et, bien plus, dirons-nous encore, ils semblent devoir être plutôt sujets à s'ouvrir dans le tissu cellulaire du médiastin, — ce tissu cellulaire si lâche qui les entoure de toutes parts, — que dans la cavité pleurale, en dehors et même à certaine distance de laquelle ils sont, avec interposition, je le répète, d'une couche de tissu cellulaire plus ou moins lâche.

6° Enfin, avec le médiastin peut-être : dernier mode de communication dont nous venons, en effet, d'entrevoir l'éventualité *à priori*, mais dont je ne sache pas qu'il y ait encore d'exemple dans les fastes de l'observation.

814. *Étiologie.* — (768.) — En renvoyant, comme de juste, les lecteurs à l'étiologie générale des affections tuberculeuses, qu'avons-nous à dire ici de particulier ? Rien, ou à peu près ; rien, sinon que la tuberculisation ganglio-bronchique, surtout à titre de maladie principale ou prédominante, est un des fléaux presque uniquement réservés à l'enfance ; et qu'en outre cette maladie, suivant MM. Rilliet et Barthez, est plus commune chez les garçons que chez les filles, mais jusqu'à l'âge de onze ans seulement, toute différence à cet égard cessant ainsi entre les deux sexes à l'approche de la puberté.

815. *Diagnostic.* — (769. A.) — Toujours difficile, le plus souvent inaccessible.

L'obscurité est ici d'autant plus grande, d'autant plus malaisée à dissiper, que la tuberculisation ganglio-bronchique se trouve généralement accompagnée et masquée par la tuberculisation pulmonaire. Les seuls signes qui aient un certain degré de valeur caractéristique sont ceux qui indiquent une compression des organes thoraciques. Ainsi, par exemple, si un enfant qui tousse, qui maigrit, qui a de la fièvre, de la diarrhée et des sueurs nocturnes, vient aussi à présenter des symptômes qui révèlent une compression de la veine cave supérieure, de l'œsophage, de la trachée ou des bronches, on pourra poser, avec une probabilité presque équivalente à la certitude, le diagnostic d'une tuberculisation volumineuse des ganglions bronchiques ; et, il faut bien le remarquer, c'est par voie d'exclusion, et eu égard à l'âge du malade, qu'on est en droit d'asseoir avec assurance un tel diagnostic, attendu que les anévrismes aortiques, qui sont chez l'adulte la cause ordinaire de la compression des organes ci-dessus indiqués, n'appartiennent pas à la pathologie de l'enfance.

816. *Thérapeutique.* — (770.) — La même que dans le cas de tuberculisation pulmonaire, mais avec beaucoup plus de chances de succès.

Il y a ici les mêmes indications concernant la modification générale de l'économie, concernant la nécessité de corroborer la constitution et d'y éteindre les funestes conditions d'aptitude à la sécrétion tuberculeuse. Il y a ici, encore un coup, les mêmes symptômes locaux, ou à peu près les mêmes, à combattre et à calmer : toux, dyspnée, etc.

En présence de cette exacte ressemblance des indications prophylac tiques et curatives qui sont communes à la tuberculisation ganglio-bron-

chique et à la tuberculisation pulmonaire, on se sent, en vérité, un peu soulagé du regret qu'inspire l'obscurité du diagnostic.

ARTICLE IX.

TUBERCULISATION DU COEUR.

817. *Bibliographie.* — BAYLE (G.-L.). — (*Remarques sur la dégénér. tuberc. non enkyst.*, etc.) sect. III, observ. Ire, *Dégénéresc. tuberc. non enkystée du tissu du cœur, des gl. mésentér., du foie,* etc., *chez un sujet affecté de teigne, et mort de péritonite aiguë, compliquée d'ascite;* — observ. IIe, *Dégénér. tub. non enk. du tissu du cœur, tubercules du poum., altérations tuberc. dans l'abdomen, chez un sujet mort de péritonite chronique.*

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*, IIIe partie, sect. II, chap. 17.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXIX, planche 3, fig. 2. (*Péricardite tuberculeuse. Dégénération tuberculeuse de l'oreillette droite.*)

LOUIS. — (*Rech. an., path. et thér. sur la phth.*) Ire partie, chap. II, art. 1er, *Du cœur et du péricarde* (chez les phthisiques).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*). T. III, p. 362-8 (*Tuberculisation du péricarde et du cœur*).

818. *Bref aperçu.* — Otez les tubercules sous-séreux, ceux qu'on appelle communément tubercules du péricarde, et qui appartiennent, en effet, à l'histoire de la péricardite (604. F.); ôtez, dis-je, ces tubercules-là, qui, sans être très fréquens, le sont néanmoins assez pour se montrer à tous les observateurs assidument occupés de recherches nécroscopiques, et, cette exclusion une fois faite, bien des médecins mettront en doute la question de savoir si la sécrétion tuberculeuse peut aussi s'opérer dans le tissu propre du cœur, en d'autres termes, dans l'épaisseur même des parois musculeuses de ce viscère.

Assurément, la tuberculisation du tissu propre du cœur est un fait rare, très rare, puisque des hommes voués à la culture de l'anatomie pathologique pendant de longues années assurent n'avoir jamais rencontré cette tuberculisation. Mais, pour ne pas l'avoir rencontrée, a-t-on droit de la nier? Il ne tiendrait qu'à nous de prononcer à la légère, comme tant d'autres, cette négation tranchante : car ni M. Nélaton ni moi n'avons jamais vu jusqu'ici de cœur dont la partie musculeuse présentât une forme quelconque de l'état tuberculeux. Mais, encore un coup, a-t-on droit d'accuser d'erreur et de méprise les observateurs habiles et consciencieux qui affirment avoir vu ce fait, contre lequel, d'ailleurs, aucune objection ne saurait s'élever *à priori?* Que sera-ce,

si l'un de ces observateurs se nomme Gaspard Bayle, et l'autre René Laënnec?

Assurément, par exemple, nous ne ferons aucun cas, si l'on veut, des citations empruntées à Bonet, à Columbus, à Morgagni, et dans lesquelles l'illustre inventeur de l'auscultation croyait avoir quelque raison de reconnaître des exemples de tubercules du cœur. Rejetons, j'y consens volontiers, tous les témoignages de ces temps anciens où le terme de tubercule avait la large et vague signification de tumeur (762), et où l'on n'avait encore que très imparfaitement étudié ce que nous nommons aujourd'hui les tubercules par excellence. Mais, lorsque Laënnec nous dit qu'il a lui-même rencontré trois ou quatre fois des tubercules dans la substance musculaire du cœur, nous répugnons, en vérité, à élever des doutes sur son assertion. Certes, il savait bien ce qu'il voulait dire, et nous ne pourrions échapper à l'autorité de son témoignage par l'hypothèse d'une équivoque; et, d'un autre côté, il connaissait fort bien la chose dont il parlait, et, quand il la nomme, il me semble digne, quoi qu'on en ait dit, d'être cru sur parole, tout aussi bien que s'il l'eût décrite.

De plus, M. Cruveilhier nous a donné la description et le dessin d'un cœur dans lequel les parois de l'oreillette droite étaient entièrement converties, sauf l'endocarde demeuré intact, en une masse tuberculeuse. Tout récemment encore, le livre de MM. Rilliet et Barthez est venu nous apporter une observation analogue, communiquée par M. Fauvel, observation où il s'agit d'un cœur hypertrophié et contenant çà et là, dans toute l'étendue de ses parois, des masses tuberculeuses, qui, placées entre les fibres charnues, faisaient saillie, d'une part, au-dessous du feuillet séreux du péricarde, et d'autre part, soulevaient aussi l'endocarde et paraissaient être sur le point de le perforer. Qu'importe, ensuite, que M. Fauvel veuille absolument voir là un cas de pure et simple extension d'une tuberculisation primitivement sous-péricardiaque, et non pas une tuberculisation née dans l'intérieur même de la substance musculaire du cœur? L'explication de cet observateur n'a rien d'invraisemblable, mais elle n'a rien non plus qui doive l'imposer à notre conviction. Quant à moi, l'un et l'autre mode de développement me paraissent possibles; et je ne doute guère que la nature ne réalise et ne suive tantôt l'un, tantôt l'autre. Toujours est-il que le fait reste; et ce fait, c'est l'existence, bien démontrée, d'une tuberculisation qui occupe le tissu propre du cœur.

En voilà assez, trop peut-être, sur le compte d'une affection si hors du cours ordinaire de la pratique, et dont la rare existence ne peut, sans doute, que par une exception infiniment plus rare encore, se montrer isolée et indépendante de toute autre affection tuberculeuse, et

avoir par elle-même un certain degré d'importance morbide, au point, par exemple, de produire des perturbations dans le mécanisme de la circulation, et, partant, dans l'économie tout entière. Je ne sais même, en vérité, si, dans un livre élémentaire et pratique tel que le nôtre, je n'ai pas à demander pardon à nos lecteurs d'avoir réservé un article à part pour la tuberculisation du cœur, et de les avoir entretenus si longuement d'un vice anatomique qui peut plutôt passer pour un sujet oiseux de controverse théorique que pour un cas dont les praticiens aient à s'enquérir et à se préoccuper.

ARTICLE X.

TUBERCULISATION RÉNALE.

819. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. LXVIII, art. 12.

BAYLE. — (*Remarques sur les tuberc.*) Sect. III, Ire observ., *Tubercules des divers organes* (notamment, dans le rein droit).

RAYER. — (*Tr. des mal. des reins*). — T. III, p. 618-75. (Tubercules des reins).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et pr. des mal. des enf.*) T. III, p. 458-66 (*Tuberculisation des reins et lésions secondaires*).

820. *Bref aperçu.* — La tuberculisation des reins est beaucoup moins rare qu'on ne le croit communément. Combien de fois n'arrive-t-il pas, en effet, qu'elle passe inaperçue! car, à l'autopsie des sujets tuberculeux, une fois constatation faite des altérations les plus graves, des altérations pulmonaires, intestinales, mésentériques, etc., ordinairement plus que suffisantes pour expliquer la mort, on néglige en général de procéder à l'examen des reins. Après tout, il faut bien le dire, dans l'immense majorité, ou mieux, la presque universalité des cas, la tuberculisation rénale n'est qu'un désordre secondaire, et, la plupart du temps même, sans la moindre importance.

Tantôt les deux reins du sujet sont tous deux tuberculeux ; tantôt une seule de ces glandes se trouve ainsi dégénérée, comme dans la célèbre observation de Bayle. On professe généralement que le premier cas est la règle, et le second cas l'exception. Et c'est ce qui me paraît assez conforme à tout ce que nous savons sur les lois de la diathèse tuberculeuse. M. Rayer semble jeter quelque doute sur la vérité de cette opinion, en remarquant que, sur seize cas qu'il a recueillis et observés, il y en a six seulement où la tuberculisation occupait les deux reins, et dix où un seul rein était atteint. Mais, dans une statistique moins étroite, et partant plus probante, MM. Rilliet et Barthez ont vu, sur

quarante-neuf enfans ayant des tubercules rénaux, trente-sept fois la tuberculisation des deux reins, et douze fois seulement celle d'un seul rein.

Le plus souvent, la tuberculisation rénale reste, pendant la vie, une affection complétement latente, sans aucun symptôme qui soit le moins du monde propre à la déceler, à la faire soupçonner. Et, quand elle produit des symptômes, que peuvent-ils être? à quoi se bornent-ils, presque toujours? Ce sont ceux de la néphrite chronique : voilà tout. Douleur sourde dans la région du rein, et qui s'exaspère à la percussion et à la pression; quelquefois, mais pas toujours, albuminurie, etc. (667. A.); mais, en un mot, rien de pathognomonique. Il est fort rare que le rein tuberculeux soit tellement augmenté de volume qu'il fasse une tumeur appréciable sur le vivant, à moins qu'en même temps, ce qui n'est pas moins rare, il n'y ait obstacle au cours de l'urine par suite d'une infiltration tuberculeuse de l'urètre, et que l'accumulation du liquide n'en soit venue à dilater le bassinet et les calices de manière à transformer le rein en une large poche multiloculaire, incrustée de matière tuberculeuse çà et là ou même entièrement, et reconnaissable à l'aide du toucher et de la percussion. Si les observateurs ont quelquefois constaté, chez les malades atteints de tuberculisation rénale, un hypogastre endolori, des souffrances plus ou moins vives avant, pendant ou après la miction, la fréquence des micturitions pour ne lâcher à chaque fois que fort peu d'urine, c'est qu'en pareille circonstance la tuberculisation rénale n'était pas seule ou simplement accompagnée de néphrite, mais qu'avec elle coexistait une cystite simple ou tuberculeuse. Quant à ce qui est d'observer, dans les urines, la matière tuberculeuse, s'y montrant, à la suite de son ramollissement, sous forme de grumeaux dont la nature est, dit-on, aisément reconnaissable à l'aide d'investigations microscopiques, nous ne prétendrons certainement pas nous inscrire en faux contre cela, et cacher à cet égard notre incompétence sous un superbe dédain : mais, comme à l'égard des recherches qui auraient pour but de saisir la matière tuberculeuse au sein des évacuations alvines (795), nous nous permettrons de dire que cela est et nous semble devoir toujours être dans le domaine de la théorie plutôt que dans celui de la pratique.

En ce qui touche aux détails d'anatomie pathologique, remarquons d'abord que la tuberculisation rénale a été vue et constatée sous toutes les formes possibles : granulations grises ou jaunes, infiltration de l'une et l'autre couleur, poussière tuberculeuse, masses tuberculeuses crues ou ramollies, excavations analogues aux cavernes pulmonaires, ou mieux, aux cavernes ganglionnaires. Au surplus, la substance corticale et la substance tubulée sont toutes deux également sujettes à se tuberculiser.

Autour des dépôts de matière tuberculeuse, le parenchyme rénal est quelquefois à l'état naturel; d'autres fois, il est décoloré ; d'autres fois, enfin, et surtout lorsque les tubercules sont nombreux et rapprochés, il se montre injecté, rouge, gorgé de sang, et, en certains cas même, il présente des points purulens. J'ai déjà parlé, à propos de symptomatologie, des cas dans lesquels le rein acquiert des dimensions extraordinaires par suite de ce que l'urine, plus ou moins mélangée de matière tuberculeuse, séjourne et s'accumule dans le bassinet et les calices : je n'y reviendrai donc pas. Généralement, un rein tuberculeux est plus ou moins augmenté de volume; rarement il est rapetissé.

En coexistence avec la tuberculisation rénale, comme j'ai déjà donné occasion aux lecteurs d'en faire la remarque, et comme il me semble à propos de le répéter expressément sous forme de loi pathologique, non seulement il est de règle qu'on observe la tuberculisation du poumon, de l'intestin ou de quelque autre viscère très essentiel à la vie, mais de plus il est ordinaire de rencontrer des tubercules dans d'autres parties de l'appareil génito-urinaire, — dans l'uretère, la vessie et l'urètre ; — dans les testicules, les conduits déférens, les vésicules séminales et la prostate, chez l'homme; — dans la matrice et la trompe utérine, chez la femme.

Sous le rapport étiologique, rien ici de particulier à noter, sinon que l'enfance est, de tous les âges, celui qui est le plus susceptible d'éprouver la tuberculisation rénale, et que cette tuberculisation, d'ailleurs relativement rare dans toutes les périodes de la vie, est surtout un cas d'une excessive rareté dans la vieillesse.

Pour ce qui concerne particulièrement les intérêts de la pratique médicale, il reste fort peu de chose à dire. Et d'abord, il est bien clair, d'après ce qui précède, que sur le vivant, la tuberculisation rénale doit la plupart du temps passer inaperçue. A peine est-il permis de la soupçonner, de l'annoncer à titre de conjecture, — de la diagnostiquer, comme on dit, avec un point d'interrogation, — dans les circonstances que voici : 1° en général, lorsque chez une personne évidemment tuberculeuse, surviennent des symptômes de néphrite et de cystite assez bénins à leur début, mais opiniâtres et chroniques; 2° plus particulièrement et plus sûrement encore, lorsque chez cette personne-là le rein forme une tumeur appréciable à nos explorations, ainsi que nous l'avons déjà remarqué; 3° enfin, et surtout, lorsque ces mêmes symptômes se montrent chez les sujets atteints d'une tuberculisation des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, l'observation ayant démontré la complication ordinaire des tubercules rénaux avec la tuberculisation de ces vertèbres, sur lesquelles le rein se trouve appuyé. Après cela, avec ou sans diagnostic certain de la tuberculisation particulière du rein,

c'est toujours tout un pour le traitement. Il n'y a toujours qu'à s'en référer aux principes généraux de la thérapeutique de toutes les affections tuberculeuses (770) : 1° combattre la diathèse dont la constitution se montre aussi évidemment que malheureusement entachée, 2° pallier les symptômes néphrétiques et vésicaux par les moyens appropriés.

ARTICLE XI.

TUBERCULISATION GÉNÉRALE AIGUE.

821. *Remarque préliminaire.* — Le plus ordinairement, lors même que la sécrétion tuberculeuse s'opère simultanément dans divers organes de l'économie, et que, rigoureusement parlant, le cas donné mérite bien d'être qualifié de tuberculisation générale, il y a toutefois une telle prédominance des désordres anatomiques et fonctionnels d'un organe déterminé, comme le poumon, l'intestin, le péritoine, etc., que la maladie doit naturellement porter le nom de tuberculisation ou phthisie pulmonaire, de tuberculisation ou phthisie intestinale, de tuberculisation péritonéale ou péritonite tuberculeuse, etc. C'est là même ce qui a toujours et infailliblement lieu dans les cas chroniques : il n'est vraiment pas possible que la maladie ait une marche lente sans finir par se dessiner particulièrement du côté de tel ou tel organe, sans présenter tôt ou tard des symptômes locaux d'une importance plus ou moins considérable. Mais il est certains cas aigus dans lesquels la sécrétion tuberculeuse, envahissant simultanément toutes ou presque toutes les parties du corps, ne produit que peu ou point de symptômes locaux qui fassent saillie au milieu de l'appareil fébrile et des symptômes généraux. Voilà donc ce qu'il me semble à propos de distinguer expressément et de poser en nosographie, comme un genre de maladie vraiment à part, sous le titre de tuberculisation générale aiguë. Disons tout de suite que cette maladie paraît être dévolue exclusivement à l'enfance.

822. *Symptomatologie.* — A. D'après MM. Rilliet et Barthez (tome cité, p. 74 et suiv.), nous distinguerons deux formes symptomatiques, ou, si l'on aime mieux, deux espèces de tuberculisation générale aiguë, savoir : 1° la forme fébrile simple, 2° la forme fébrile typhoïde.

α. Dans la *forme fébrile simple*, voici ce qu'on observe : « L'en-» fant, » disent les auteurs ci-dessus cités, « couché indifféremment, » mais surtout sur le dos, reste dans son lit triste et grognon ; sa figure » légèrement colorée aux joues, mais pâle au pourtour du nez et des » lèvres, exprime l'abattement et la souffrance ; le trait naso-labial est » marqué, et quelquefois aussi le plissement inter-surcilier. La peau est » chaude et sèche, ou même âcre et brûlante ; le pouls est accéléré,

» régulier, — parfois plein, large et dur, — plus souvent petit. La » langue est humide, rouge sur les bords ; l'abdomen est souple, indo- » lent, à moins de maladie abdominale ; la soif et vive, l'appétit nul ; » il y a constipation ou dévoiement ; parfois l'enfant se plaint spontané- » ment de céphalalgie. Pendant la nuit, il y a de l'insomnie, de l'agi- » tation, quelquefois du délire, tandis que dans le jour il peut y avoir » un peu d'assoupissement. — Ces symptômes persistent ou s'accrois- » sent ; l'enfant commence bientôt à dépérir et à maigrir ; les yeux se » cavent et sont cernés, les paupières et les narines sont croûteuses, » les lèvres sèches ; la langue reste ordinairement humide ou rarement » tend à se sécher ; le dévoiement s'établit et persiste ; les forces se dé- » priment de plus en plus ; l'agitation peut devenir un véritable délire. » Ce symptôme, qui manque souvent, est remplacé par des criailleries » ou par de l'assoupissement, ou même par de la roideur dans les mem- » bres. — Cet état, après avoir ainsi persisté ou augmenté pendant un » temps plus ou moins long, conduit le malade à la mort sans autres » phénomènes, à moins qu'une complication aiguë ne vienne imprimer » aux symptômes une marche encore plus rapide et plus fébrile. »

ϐ. Quant à la *forme fébrile typhoïde*, laissons encore parler les mêmes auteurs : « Les caractères de la maladie, analogues aux précédens, of- » frent cependant quelques différences : ainsi la figure est plus abattue » et présente une véritable stupeur ; la prostration est plus marquée ; les » narines sont sèches et pulvérulentes ; une infiltration sanguine se fait » par les gencives, qui deviennent, aussi bien que les dents, noires et » fuligineuses. La langue a une plus grande tendance à se sécher ; elle » est collante ou même sèche et ratatinée, et en même temps rouge » sur les bords ou dans sa totalité ; rarement elle reste complétement » humide ; l'abdomen est gros, tendu, ballonné, douloureux à la pres- » sion. Rarement on trouve des taches lenticulaires, ou si elles existent » elles sont peu nombreuses, petites, mal dessinées et de peu de durée. » Le délire peut être plus intense et plus continu ; d'autres fois, l'oppres- » sion est très grande, bien que l'auscultation ne révèle que peu ou » pas de symptômes d'une maladie thoracique. » — « Il peut arriver que » ces phénomènes typhoïdes durent pendant tout le temps de la ma- » ladie ; d'autres fois, au contraire, ils se manifestent, soit dans le » cours, soit à la fin de la forme fébrile simple, et ne durent alors que » peu de jours. » — MM. Rilliet et Barthez nous ont donné *in extenso* une observation fort intéressante d'un cas de tuberculisation générale aiguë à forme typhoïde chez un enfant de trois ans (p. 157-63).

B. La durée qui s'écoule depuis l'invasion des premiers symptômes de la tuberculisation générale aiguë jusqu'à la mort, ce terme inévitable d'une pareille maladie, peut varier entre vingt-cinq et cinquante jours.

823. *Anatomie pathologique.* — A l'autopsie, on trouve des granulations grises ou jaunes, ou de petits tubercules crus, çà et là en plus ou moins grand nombre, dans toutes les parties du corps. Rarement les tubercules sont ramollis. Encore bien moins se peut-il faire qu'ils soient crétacés. Quelquefois, mais très rarement, le poumon a déjà des cavernes dont la petite dimension et dont l'aspect démontrent avec quelle rapidité elles se sont formées. Quelquefois aussi on rencontre des masses tuberculeuses déjà énormes, mais dont la teinte rosée indique la formation récente. Encore bien même qu'il n'y ait pas eu de symptômes locaux assez saillans pour accuser la souffrance particulière et prédominante de telle ou telle partie, il est néanmoins assez ordinaire de constater que la tuberculisation a plus spécialement envahi un organe que les autres, tantôt, par exemple, le poumon, — tantôt le péritoine, ou l'intestin, ou les ganglions mésentériques, etc.

824. *Étiologie.* — (768.) — Exclusivement propre à l'enfance, ainsi que je l'ai déjà dit en commençant, — la tuberculisation générale aiguë naît tantôt d'emblée, sans cause occasionnelle appréciable, et très probablement par le seul effet d'une prédisposition congéniale ou acquise, tantôt sous l'influence de quelque maladie aiguë, notamment de la rougeole, qui vient là évidemment éveiller et mettre en jeu la prédisposition.

825. *Diagnostic.* — (769. A.) — A. La tuberculisation générale aiguë peut être, sinon reconnue en toute certitude, du moins plus ou moins vraisemblablement soupçonnée chez un enfant, lorsqu'une fièvre de médiocre intensité persiste pendant dix, quinze jours, et plus, sans qu'aucun symptôme local d'une certaine valeur vienne s'y ajouter : car, dès lors, il est évident qu'on n'a plus affaire ni à l'inflammation franche de quelque organe, ni à une fièvre éruptive. Ce n'est donc, on le voit, qu'au bout de plusieurs jours de maladie que le praticien acquiert ici, par voie d'exclusion, quelques données pour asseoir le diagnostic. Ai-je besoin d'ajouter que ce diagnostic sera plus certain, si l'appareil fébrile en question a succédé à la rougeole, et si les circonstances commémoratives dont on a connaissance par rapport au petit malade démontrent ou font craindre, chez lui, une funeste disposition à la sécrétion tuberculeuse ?

B. Lorsque la maladie a la forme typhoïde, il est bien des cas où l'erreur est à peu près impossible à éviter, et où l'on est fort excusable de commencer par croire à l'existence de la fièvre de ce nom. En effet, la céphalalgie, les épistaxis, les douleurs abdominales, le dévoiement ou la constipation, etc., sont autant de symptômes également communs à la fièvre typhoïde et à la tuberculisation générale aiguë. Mais cette dernière maladie peut néanmoins se reconnaître ou se deviner à la prolon-

gation indéfinie de ces symptômes et à leur peu d'intensité. Une fois le second septénaire passé, on devra plutôt croire à une tuberculisation générale qu'à une fièvre typhoïde, si, en l'absence de symptômes cérébraux graves, la constipation persiste, si les papules rosées et lenticulaires sont tardives, petites, peu nombreuses et de peu de durée, et, enfin, s'il n'existe ni saillie de la rate ni gargouillement de la fosse iliaque droite.

826. *Thérapeutique.* — Faute d'un diagnostic vraiment positif, le praticien, en présence de la maladie dont il s'agit, est réduit à faire de la médecine symptomatique. Si, par exemple, l'enfant est robuste et que l'appareil fébrile ait une physionomie tout-à-fait inflammatoire, force est bien de prescrire quelques émissions sanguines, proportionnées à l'âge et à la constitution de l'enfant. Si, au contraire, la maladie présente d'emblée, ou à une époque avancée de son cours, le type typhoïde, il faudra recourir, suivant les indications particulières, aux médicamens corroborans, stimulans ou antispasmodiques.

CHAPITRE IX.

CANCERS.

---

827. *Aperçu sommaire du chapitre.* — Je n'ai pas à tracer ici des considérations générales sur la famille nosographique des cancers. Cette tâche, mon collaborateur l'a déjà remplie (*Path. chir.*, t. 1er, ch. IX). Elle lui revenait naturellement; car, après tout, à l'égard de tant de cancers accessibles à la main et aux instrumens opératoires, la chirurgie a certainement un rôle plus brillant que la médecine proprement dite; elle peut enlever le mal, — rétablir la santé, sinon pour toujours, du moins momentanément, — en un mot, procurer une véritable guérison, qui, non pas constamment, tant s'en faut, mais enfin quelquefois, se montre exempte de récidives. C'est donc en *Pathol. chirurg.* que le lecteur doit retrouver et revoir, au besoin, comment et pourquoi nous réunissons indistinctement sous le nom de cancer les affections qui consistent dans une dégénérescence organique constituée par l'un de ces trois tissus hétérologues, tissu encéphaloïde, tissu squirrheux et tissu colloïde, les deux premiers étant également communs, et le dernier

très rare (chap. cité, § I, II et III). C'est là que le lecteur doit retremper sa mémoire concernant le peu que nous savons sur l'étiologie des affections cancéreuses (§. IV); concernant les principes propres à faciliter le diagnostic de ces affections (§ V); concernant la terrible gravité du pronostic (§ VI) ; et, enfin, concernant l'inefficacité de tous les médicamens jusqu'ici proposés et essayés pour résoudre un tel vice organique, pour en arrêter les développemens et les progrès, pour le rendre inerte, innocent ou bénin,— et par conséquent, la triste nécessité de s'en tenir, — quand l'ablation du mal est impossible, quand le cancer siège dans les profondeurs de l'économie animale, — à la seule intervention du traitement palliatif (§. VII).

Quant à ce qui est d'exposer en détail l'histoire des divers genres de la famille nosographique ici en question, genres unanimement établis d'après le point de vue du siége, nous avons dû, mon collaborateur et moi, nous partager ce travail, moitié rationnellement et moitié, comme de raison, arbitrairement (15). A la pathologie chirurgicale, tous les cancers qui méritent, à plus ou moins de titre, d'être comptés au nombre des maladies externes (34), comme, par exemple, le cancer de la mamelle, celui du testicule (sarcocèle), celui du pénis, ceux des paupières, de la glande lacrymale, ou du globe même de l'œil, ceux des lèvres, de la langue, du rectum, etc., etc., voire même, aussi, le cancer utérin (34), ou celui de la dure-mère, lequel vient tôt ou tard faire saillie au dehors du crâne. A la pathologie chirurgicale, le cancer des os (ostéo-sarcôme et spina-ventosa), dont, dans tant et tant de cas, une amputation ou une résection peuvent faire justice. A la pathologie chirurgicale encore certains autres cancers, quoique ce ne soient ni des cancers externes ni des cancers opérables, mais parce qu'ils sont de nature à réclamer quelquefois l'indispensable intervention de moyens opératoires pour la prolongation des jours du malade, ou parce qu'ils affectent des organes qui, à tort ou à raison, tombent aujourd'hui, pour la plupart de leurs maladies, sous le sceptre des chirurgiens : c'est, par exemple, le cancer du larynx, car il peut exiger la trachéotomie; c'est le cancer de l'œsophage, ce sont les cancers de la vessie, de la prostate, de l'ovaire, etc., etc. En un mot, la pathologie chirurgicale prend la plus forte part du sujet en question. Déjà M. Nélaton, dans son tome Ier, a considéré les affections cancéreuses de la peau (chap. XI, art. VI), les tumeurs squirrheuses enkystées du tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique (chap. XII, art. II), la dégénérescence cancéreuse des vaisseaux lymphatiques (chap. XVII, art. I, § IV), des ganglions de même nom (même chap., art. II, § III), et des nerfs (chap. XVIII, §. II). Dans la suite de son livre, il étudiera tous les autres cancers ci-dessus indiqués, à fur et à mesure que sa classification

anatomique et topographique des affections chirurgicales amènera chacun d'entre eux. Quant à moi, voici les cancers internes, inopérables, inaccessibles à la chirurgie, qui me sont restés en partage, et que je vais examiner dans ce chapitre : 1° le cancer de l'encéphale; 2° le cancer de l'estomac; 3° le cancer intestinal cis-rectal (221), dit communément et par abus cancer de l'intestin; 4° le cancer du foie; 5° le cancer de la vésicule biliaire; 6° le cancer de la rate; 7° le cancer du pancréas; 8° le cancer de l'épiploon; 9° le cancer du poumon; 10° le cancer du cœur; 11° enfin, le cancer du rein.

ARTICLE PREMIER.

CANCER DE L'ENCÉPHALE.

828. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) Epist. LXII, art. 15-18. (Observation d'un squirrhe du cervelet, avec d'intéressantes réflexions.)

BAYLE (G.-L) et CAYOL. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. III, p. 646-50.) — Article *Cancer*, § LXXIX, *Cancer du cerveau.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. V) Livre II, ordre VI[e], *Observations sur le cancer du cerveau.*

CALMEIL. — Dans le *Répert.*, — t. XI, p. 557-72.) — Art. *Encéphale*, § VI, *Des tumeurs qui se développent dans l'encéph.* (1° Tum. cancéreuses.)

CRUVEILHIER.— (*Anat. path.*) Livraison XXV, planche 2 (*Tumeurs cancéreuses et tuberculeuses du cerveau*), et notamment la fig. I[re], (cas de tumeurs cancéreuses du lobe occipital de l'hémisphère droit du cerveau.)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, — t. II, p. 182-91). — Art. *Cerveau* (*Cancer du*).

829. *Siége.* — A. Toutes les parties de l'encéphale ne se montrent pas également sujettes à la dégénérescence cancéreuse. C'est dans les hémisphères cérébraux que les observateurs ont le plus fréquemment rencontré ce vice organique. Ainsi, par exemple, — sur les quarante cas de cancer encéphalique que M. Andral a rassemblés et qu'il a pris pour base du travail ci-dessus cité, soit pour les avoir lui-même observés, soit pour les avoir empruntés aux sources les plus authentiques,— trente et une fois le mal eut pour siége les hémisphères; trois fois, la glande pituitaire; cinq fois, le cervelet, et une fois seulement le mésocéphale.

B. Inutile de dire que l'étendue occupée par la dégénérescence cancéreuse a, dans l'encéphale, comme dans tout autre organe, des degrés

extrêmement variés. Ainsi, il est des cas dans lesquels un hémisphère tout entier présente une telle transformation. Il en est d'autres, au contraire, dans lesquels le produit hétérologue égale à peine le volume d'une noisette.

C. Tantôt il n'existe dans tout l'encéphale qu'un seul cancer, un seul et pas davantage : c'est ce qui a particulièrement lieu dans le cas où cette dégénérescence est primitive et idiopathique. Tantôt, au contraire, il y a plusieurs noyaux cancéreux disséminés çà et là dans les diverses parties du viscère, et cela surtout lorsque l'affection encéphalique se développe deutéropathiquement, comme, par exemple, à la suite de l'ablation d'un cancer externe.

830. *Symptomatologie.* — A. Le cancer encéphalique peut demeurer tout-à-fait latent pendant une durée plus ou moins longue, voire même indéfiniment. C'est lorsqu'il a peu de volume, et lorsqu'il ne s'accroît que d'une façon lente et graduelle, qui permet à la substance nerveuse environnante de s'habituer en quelque sorte au contact et à la compression de la tumeur hétérologue. Bien des observateurs attestent avoir rencontré, dans l'encéphale, des tumeurs cancéreuses qui, durant la vie du sujet, n'avaient produit aucun symptôme, ou n'en avaient produit que de fort légers et de fort insignifians.

B. Mais, dans d'autres cas, soit à raison du volume que le cancer a fini par acquérir, soit à raison de son rapide développement, soit enfin à raison d'une grande irritabilité de la part du tissu ambiant, il y a maladie. Et les symptômes principaux de cette maladie sont la céphalalgie, et les diverses perturbations de l'activité musculaire, des sens et des facultés intellectuelles.

α. La *céphalalgie* est le symptôme le plus constant; tantôt elle semble occuper le crâne tout entier; tantôt elle se trouve circonscrite dans une région particulière, soit, par exemple, au front, soit à la tempe, à l'une des bosses pariétales, à l'un des côtés de l'occiput, etc., etc. Quelquefois elle est mobile et change de place d'un jour à l'autre; quelquefois elle est fixe, mais, dans ce cas-là même, il faut se garder de croire qu'elle corresponde toujours au siége du cancer, et qu'elle puisse, à cet égard, être tenue pour un indice sûr et infaillible. Rarement continue, elle revient d'ordinaire par accès qui, chez quelques malades, offrent une certaine périodicité. Elle présente, d'ailleurs, de nombreuses variétés dans sa manière d'être et dans son intensité : tantôt gravative, tensive ou pulsative; tantôt lancinante, pongitive ou térébrante, etc. (46. A. α.); elle se montre, chez tel malade, modérée et supportable; chez tel autre, violente, horrible, atroce, au point d'arracher des cris déchirans, et de noyer les yeux de larmes abondantes; chez ceux-là, elle s'aggrave et s'exaspère à la chaleur ou à la pression;

chez ceux-ci, au contraire, elle s'adoucit et se calme sous ces mêmes influences. Généralement la fatigue, l'insolation, les émotions vives et les contentions intellectuelles provoquent les accès ou les paroxysmes de cette céphalalgie, qui deviennent, il faut aussi le dire et le professer en règle générale, d'autant plus rapprochés les uns des autres que la maladie est plus ancienne.

6. Les *perturbations de l'activité musculaire* sont, après la céphalalgie, l'expression symptomatique la plus fréquente du cancer encéphalique. Le plus ordinairement il y a hémiplégie : ai-je besoin d'ajouter que l'hémiplégie affecte toujours le côté opposé à l'hémisphère cancéreux? Quelques malades ont une paralysie générale de tout le corps, soit parce que les deux hémisphères se trouvent tous deux compromis, soit parce que le cancer occupe le mésocéphale, soit enfin parce que, même en cas de cancer unique d'un seul hémisphère cérébral, il peut fort bien survenir une encéphalite diffuse. Très souvent la paralysie est incomplète; tantôt elle ne s'établit que graduellement et par degrés insensibles; tantôt elle survient tout-à-coup, avec ou sans convulsions prodromiques, et peut en imposer pour une attaque d'hémorragie intra-encéphalique. Pour ce qui est des convulsions, elles sont un symptôme moins ordinaire que les phénomènes de paralysie, mais pourtant encore assez fréquent; du reste, on les voit se produire sous différentes formes, et leurs accès se renouvellent à des intervalles plus ou moins longs; quelquefois elles sont générales et peuvent même se présenter avec tous les caractères de l'épilepsie, et c'est surtout en pareille circonstance qu'il n'est pas rare qu'elles se fassent précéder, et, pour ainsi dire, annoncer par l'apparition ou le redoublement de la céphalalgie, par la somnolence ou même un véritable coma; en un mot, par un ensemble fort grave et fort alarmant de symptômes cérébraux de plusieurs heures et même de plusieurs jours de durée; quelquefois les convulsions sont partielles et limitées à une moitié latérale du corps, à un seul membre, à un seul côté de la face, aux seuls muscles de l'œil; et de là, par exemple, suivant les cas, le rire sardonique (45. G. ζ), le spasme cynique (45. G. η), le strabisme temporaire, etc. Quelques malades éprouvent des contractions tétaniques d'un ou plusieurs membres, soit passagèrement, soit d'une façon permanente. Certains autres (mais c'est là un cas assez rare) offrent de ces mouvemens incertains, irréguliers, tremblotans, qui caractérisent la chorée ou danse de Saint-Guy. Dans bien des cas, les convulsions alternent avec la paralysie; et, en général, celle-ci diminue, cesse, puis reparaît, à plusieurs reprises (trois, quatre, cinq et six fois, par exemple), avant de devenir permanente.

γ. Les *divers troubles des sens* sont des accidens beaucoup moins

communs que la céphalalgie, que les phénomènes de paralysie, et, même aussi, que les convulsions. Sur dix observations de cancers encéphaliques, à peine en rencontre-t-on une où l'on voie figurer l'anesthésie. Encore bien moins a-t-on l'occasion d'observer l'exaltation douloureuse de la sensibilité tactile: des quarante cas analysés par M. Calmeil, un seul a offert cette particularité-là ; on ne pouvait toucher la peau du malade sans éveiller de vives souffrances. Le goût et l'odorat sont rarement perdus. Plus souvent l'ouïe se trouve affaiblie ou détruite, et il en est de même de la vue. Quelquefois il y a diplopie avec ou sans strabisme. Quelques malades ont même des hallucinations, surtout des hallucinations visuelles. Ces altérations de la sensibilité offrent, dans bien des cas, les mêmes alternatives de diminution, de cessation et de réapparition que les altérations de la contractilité musculaire (6).

δ. Les *dérangemens de l'intelligence* se montrent chez à peu près la moitié des malades. Quelques uns sont en proie à un véritable état de manie. Les autres, et c'est la majorité, perdent peu à peu la mémoire, deviennent incapables d'attention et de jugement, en un mot, tombent dans la démence.

C. Au milieu des symptômes cérébraux qui précèdent (B), au milieu de cette perturbation plus ou moins profonde de la vie animale, les fonctions nutritives, la digestion, la respiration, la circulation, l'assimilation, etc., peuvent rester quelque temps intactes. Mais tôt ou tard la bradypepsie et la dyspepsie surviennent ; l'amaigrissement se déclare ; la fièvre hectique s'établit, et le malade, après plusieurs mois, après une ou plusieurs années de souffrance, finit par succomber aux progrès du marasme. Dans certains cas, toutefois, la mor n'est pas si lente à paraître ; elle peut devancer la période d'épuisement et de marasme, soit que le malade expire brusquement dans un accès convulsif, soit qu'il périsse par le fait d'une encéphalite ou d'une méningite intercurrente, ou même par quelque maladie étrangère à l'encéphale.

831. *Détails anatomiques.* — A. Le cancer de l'encéphale est quelquefois composé de tissu squirrheux. D'autres fois, mais très rarement, il est colloïde. Le plus fréquemment il consiste en matière encéphaloïde. Sous ces différentes formes, il est tantôt enkysté, tantôt non. Dans le dernier cas, il se montre quelquefois encore comme une sorte de tumeur bien distincte et bien circonscrite au milieu du parenchyme nerveux, où il est, pour ainsi dire, enchatonné, et d'où il se laisse énucléer fort aisément. Mais, d'autres fois, la dégénérescence cancéreuse offre avec le parenchyme resté sain une continuité insensiblement ménagée, et où il est impossible de tracer la ligne de démarcation.

B. Autour du cancer, le parenchyme nerveux peut se montrer intact et parfaitement normal. Mais le plus souvent il est injecté et ramolli, quelquefois induré, et, en un mot, il porte de façon ou d'autre les empreintes d'un travail inflammatoire.

C. Quand la tumeur cancéreuse a son siége près de la périphérie du cerveau, les circonvolutions correspondantes se trouvent aplaties.

D. Quand le cancer atteint la superficie même de l'encéphale, les méninges se trouvent ordinairement enflammées dans tous les points correspondans, et même plus ou moins loin alentour, surtout épaissies, et quelquefois même envahies par la dégénérescence cancéreuse. En pareil cas, il se peut donc très bien que sur le cancer encéphalique vienne ainsi se greffer un cancer de la dure-mère, lequel perfore ensuite les os du crâne et fait saillie à l'extérieur sous forme de tumeur fongueuse. (Voyez en *Path. chir.* l'histoire du *Cancer de la dure-mère*).

832. *Complication ordinaire.* — Dans une assez forte proportion des cas où l'encéphale se montre affecté de dégénérescence cancéreuse, il existe aussi une semblable dégénérescence en divers autres organes. Sur les quarante-trois observations rassemblées par M. Andral, dix fois cette complication a été constatée. Et il est à propos d'ajouter que, chez les dix personnes ainsi atteintes, le cancer encéphalique a paru s'être développé deutéropathiquement à la suite d'un cancer externe.

833. *Étiologie.* — (*Path. chir.*, t. Ier, chap. IX, § IV). — Possible, mais très rare, dans l'enfance et dans la jeunesse, c'est surtout après quarante ans que le cancer encéphalique est sujet à se développer. Ainsi, entre autres observateurs, M. Andral nous l'atteste-t-il dans son relevé déjà plusieurs fois cité. Au surplus, on ignore complétement en vertu de quelles conditions particulières l'encéphale, plutôt que tout autre organe, devient le siége où la diathèse cancéreuse (car c'est bien une diathèse, assurément) se fasse visible et prenne, pour ainsi dire, un corps. Sur les quarante-trois cas de M. Andral, deux fois seulement le cancer de l'encéphale a paru se produire à la suite d'une violence extérieure. Mais n'est-ce pas là un pur et simple hasard, une simple coïncidence sans le moindre rapport de cause à effet? Ou bien faut-il voir là une cause occasionnelle qui a réellement exercé un certain degré de puissance pathogénique, en mettant en jeu la prédisposition, en la faisant éclore là plutôt qu'ailleurs?

834. *Diagnostic.* (*Path. chir.*, t. Ier, chap. IX, § V.) — Bien des fois absolument impossible à soupçonner, le cancer encéphalique n'est jamais ou presque jamais d'un diagnostic facile et évident. Les symptômes que nous venons d'examiner comme étant le plus directement liés à ce mal (830), n'ont rien, ni en eux-mêmes, ni dans leur manière de se combiner et de succéder, qui soit de nature à le dénoncer d'une façon

sûre et péremptoire. Ils offrent les mêmes apparences, les mêmes combinaisons, la même marche que dans les cas d'encéphalite chronique, de tuberculisation encéphalique, d'hydatides intrà-crâniennes, etc. Cependant, il est certaines considérations qui peuvent fournir quelque lumière au diagnostic. Ainsi, par exemple, de même que le début insidieux et lent des symptômes écarte tout d'abord l'idée de l'hémorragie intrà-encéphalique ou de l'encéphalite aiguë, de même ensuite l'atrocité des accès de céphalalgie, chez un individu atteint d'hémiplégie confirmée ou commençante, avec ou sans attaques de convulsions, avec ou sans troubles des sens et de l'intelligence, est une raison d'écarter l'encéphalite chronique simple, dont les douleurs sont ordinairement sourdes ou du moins supportables, et de croire plutôt à l'existence d'une dégénérescence tuberculeuse ou cancéreuse. De plus, si l'individu est d'un âge déjà mûr et avancé (833), si ses poumons ne sont aucunement suspects de tuberculisation, la supposition la plus probable est alors celle d'un cancer. Et ce diagnostic aura encore plus de probabilité, si le malade appartient à une famille dans laquelle le vice cancéreux a déjà fait une ou plusieurs victimes, et, à combien plus forte raison, si lui-même il porte actuellement sur un point quelconque de son corps un cancer bien caractérisé, ou qu'il en ait été opéré, soit récemment, soit même à une époque depuis longtemps passée.

835. *Thérapeutique.* — (*Path. chir.*, t. I[er], chap. IX, § VII). — Il n'y a pas d'autre ressource, ici, que le traitement palliatif; et, n'importe qu'on entrevoie ou non l'existence du cancer encéphalique, toujours est-il qu'on est forcément réduit à faire de la médecine symptomatique. Vie paisible et sobre, et, avant tout, privation des boissons stimulantes (vin pur, café, thé, etc.) : voilà pour l'hygiène.

Emissions sanguines, selon la force du malade : phlébotomies, sangsues derrière les oreilles, etc., dans le but de modérer et de calmer les accidens hypérémiques et inflammatoires dont l'encéphale devient évidemment le siége.

Médication révulsive, dans le même but. Purgatifs; vésicatoire, cautère, moxas ou séton à la nuque, etc., etc.

Médicamentation narcotique. Au besoin, l'opium à haute dose, jusqu'à tant qu'il maîtrise et fasse disparaître les douleurs.

Voyez, au surplus, la thérapeutique de l'hypérémie encéphalique (189), et celle de la méningite et de l'encéphalite (568).

ARTICLE II.

CANCER DE L'ESTOMAC.

836. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XXIX, art. 6-7 ; — Ep. XXX, art. 2-4.

PINEL. — (*Méd. clin.*). — Pag. 138-56. *Observations pour servir à l'histoire des lésions organiques de l'estomac.* — Ce sont douze observations de cancer.

BAYLE (G.-L.). *Remarques sur la structure des parois de l'estomac affecté de squirrhe simple ou ulcéré.* (Dans le *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, vendémiaire an XI.)

CHARDEL. *Monographie des dégénérations squirrheuses de l'estomac*, Paris, 1808, in-8°.

BAYLE (G.-L.) et CAYOL. — Article déjà cité (828), § LXVIII-LXXI, *Cancer de l'estomac.* — (Pag. 617-31.)

PRUS. *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac.* Paris, 1828, in-8°.

LOUIS. — (*Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques.*) IIme mém. : *De l'hypertrophie de la membrane musculaire dans toute son étendue, dans le cancer du pylore.* — Pag. 121-35.

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, t. II.) Chapitre des *Observations sur la gastrite chronique.* — Pag. 61-70 : Ire observ. (*Communication de la cavité de l'estomac concéreux avec l'intérieur du poumon frappé de gangrène, à travers un clapier dans lequel sont compris la plèvre, le diaphragme et la rate, en grande partie détruite. Pendant la vie, signes de pneumo-thorax et d'une ancienne affection de l'estomac*); — IIme observ. (*Ulcère cancéreux de l'estomac. Fond de l'ulcère formé par le pancréas. Perforation des parois de l'estomac pendant un effort de vomissement. Péritonite.*) — P. 99-112:—IVme observ. (*Squirrhe de l'estomac chez un sujet âgé de vingt-deux ans. Premiers symptômes de la maladie à l'âge de dix-neuf ans*) ;—Vme observ. (*Dilatation très considérable de l'estomac, qui remplit tout l'abdomen ; induration des parois de sa portion pylorique avec atrophie de la tunique musculaire, et conservation de la largeur accoutumée du pylore.*)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison IV, planche 1re, fig. 1re (*Vomissemens muqueux indomptables ; hématémèse ; épuisement. Végétations encéphaloïdes de l'estomac et du commencement du duodénum, dont l'une obstruait le pylore*); — *ibid.*, fig. 2 (*Cancer gangréneux latent de la petite courbure de l'estomac et de la portion*

voisine du foie); — livraison X, pl. 3-4, *Considérations sur le cancer aréolaire gélatiniforme en général, et sur celui de l'estomac en particulier*; — livraison XII, planche 6, *Hypertrophie de l'extrémité pylorique de l'estomac avec commencement de cancer aréolaire gélatiniforme.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, art. *Estomac*). — Pag. 505-26, *Cancer de l'estomac.*

FERRUS. — (Dans le *Répert.*, — t. XII, art. *Estomac*). — Pag. 362-78. (*Cancer de l'estomac.*)

837. *Synonymie.* — Vulgairement, et bien des fois fort inexactement, Mal du pylore, Obstruction au pylore. — Squirrhogastrie, de la *Nosologie naturelle* d'Alibert, famille I, *Gastroses*, genre XI, en trois espèces : 1° Squirrhogastrie essentielle (c'est-à-dire, sous une qualification assez impropre, cancer du corps de l'estomac) ; 2° Squirrhogastrie cardiaque (cancer autour du cardia); 3° Squirrhogastrie pylorique.

838. *Siége.* — A. Quelquefois, mais rarement, la dégénérescence cancéreuse envahit toute l'étendue de l'estomac. Mais, le plus ordinairement, elle reste limitée à une partie du viscère; parfois à peine large comme l'ongle, souvent égale en largeur à la paume de la main. Les cas où elle occupe le pourtour du cardia ou du pylore ont bien quelque droit d'être distingués comme constituant deux espèces nosographiques à part, ainsi que l'a fait Alibert : car nous allons voir tout-à-l'heure que chacun de ces cas-là peut présenter, non pas toujours, il est vrai, mais du moins bien des fois, des particularités symptomatologiques. En règle générale, assurément, les cancers du cardia et du pylore sont, parmi les cancers de l'estomac, ceux qui causent le plus de souffrances, nuisent le plus à l'accomplissement de la digestion, et amènent le plus promptement la mort, ainsi que l'on peut, *à priori*, le présumer avec les seules données de la physiologie. Le cancer du cardia est le plus terrible, puisqu'il est de nature à interdire absolument l'entrée de l'estomac aux alimens, et même aux boissons ; mais, heureusement, il est le plus rare. Au surplus, les observateurs s'accordent généralement à dire que la petite courbure et le petit cul-de-sac de l'estomac sont des parties plus sujettes à la dégénérescence cancéreuse que la grande courbure et que le grand cul-de-sac.

B. En règle universelle, ou à peu près telle, c'est dans le tissu cellulaire sous-muqueux que la dégénérescence cancéreuse a son siége primitif, pour s'étendre ensuite à la membrane muqueuse et l'ulcérer, — et pour envahir très souvent aussi les couches musculaires, et quelquefois, mais rarement, la tunique péritonéale, qui, d'ordinaire, demeurent intactes. Mais, au témoignage d'observateurs habiles et sévères, et notam-

ment, entre autres, de M. Cruveilhier, il est réellement des cas exceptionnels dans lesquels le cancer se montre borné à la membrane muqueuse.

839. *Symptomatologie.* — A. Quelques cancers de l'estomac demeurent tout-à-fait latens. On en a vu de très volumineux, même situés au cardia ou au pylore, même ulcérés et largement ulcérés, qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme local, et n'étaient révélés que par l'autopsie à la suite de quelque maladie intercurrente et devenue mortelle, ou bien avaient eu pour effet de miner sourdement la constitution, et de conduire au tombeau par les progrès du marasme, mais sans troubler d'une manière spéciale les fonctions de l'estomac. Tant il est vrai que les dispositions individuelles varient infiniment entre elles dans leur façon de réagir contre un vice organique donné, dans leur façon de le sentir et d'en souffrir, les unes étant irritables à l'excès, les autres indolentes, apathiques et ladres !

B. Quant à ce qui est de tracer le tableau des symptômes que le cancer de l'estomac entraîne le plus ordinairement, je n'aurais qu'à répéter la symptomatologie de la gastrite chronique (454. D.) : bradypepsie, dyspepsie, indigestions, gastrodynie, vomissemens glaireux, bilieux ou noirâtres, etc., etc.

C. Dans quelques cas, mais non pas dans tous, soit plus ou moins longtemps après l'apparition des symptômes gastriques, soit même dès leur début (si le cancer s'est jusque là développé d'une façon latente), on peut, en palpant l'abdomen, constater dans l'épigastre ou aux environs la présence d'une tumeur assez dure, plus ou moins volumineuse, hérissée de bosselures, ou bien présentant les apparences d'une surface unie, se montrant mobile ou adhérente aux parties voisines, indolente ou sensible à la pression. La même tumeur peut, dans certains cas, revêtir tour à tour ces différens caractères. Elle peut même, avec le temps, changer de place, par suite de la dilatation ou du racornissement de l'estomac, voire même s'enfoncer dans l'hypocondre, et devenir inaccessible au toucher : c'est sans doute en pareille occurrence qu'on a pu, de bonne foi, se flatter d'avoir fondu des squirrhes, que l'autopsie a ensuite fait retrouver. Si la tumeur est située au-devant de l'aorte ou du tronc céliaque, elle se trouve à chaque instant soulevée par les battemens de ces artères, de manière à simuler un anévrisme ; mais on évitera la méprise, en remarquant que la tumeur ne se soulève pas par un mouvement d'expansion qui lui soit propre, mais bien, d'une manière plus ou moins évidente, par l'effet d'une impulsion qui lui a été communiquée. Généralement, au surplus, la tumeur, une fois aperçue et dûment constatée, devient de plus en plus saillante, soit parce qu'elle grossit réellement, soit parce que les progrès de l'amaigrissement la font mieux paraître.

D. Il importe de signaler particulièrement, — d'une part, entre tous les symptômes locaux, les vomissemens de cette matière noire, comparée à une décoction de tabac, à du marc de café, à du chocolat, à de l'eau mélangée de suie, et qui, après tout, n'est que du sang altéré et noirci, et atteste une gastro-hémorragie (454. D. ε.), — et, d'autre part, entre tous les symptômes généraux, la teinte jaune-paille de la peau, — puisque ce sont là deux symptômes qui, sans être pathognomoniques, appartiennent plus fréquemment, plus spécialement au cancer de l'estomac qu'à la simple gastrite chronique.

E. Pour ce qui est des particularités symptomatiques qui tiennent aux différences de siége du cancer, et qui se font observer le plus ordinairement, selon que le mal s'est développé vers le pylore, vers le cardia, ou dans quelque autre partie de l'estomac, nous établirons les propositions qui suivent, tout en protestant que nous sommes loin de voir là des lois pathologiques d'une constance infaillible.

α. Dans le *cancer du pylore*, et surtout quand cet orifice se trouve rétréci, il existe en général des vomissemens opiniâtres, mais qui ne se déclarent qu'au bout d'un certain temps (une, deux ou trois heures) après le repas. Quelquefois les matières sécrétées dans l'estomac, et celles qui y sont introduites, ne pouvant que fort malaisément franchir le pylore, s'accumulent pendant plusieurs jours avant d'être vomies; en pareille circonstance, les vomissemens, ne se renouvelant que de loin en loin, sont presque toujours extrêmement copieux; l'estomac se trouve distendu au point d'acquérir quelquefois des dimensions vraiment prodigieuses, et de descendre, par exemple, jusque dans la fosse iliaque droite; en le palpant alors méthodiquement, et lui imprimant à travers les parois abdominales de légères secousses, on détermine un gros bruit de glouglou, dû à la collision des liquides et des gaz, en un mot, un gargouillement qui, par son caractère même, et, si je puis dire ainsi, par ses grandes dimensions, trahit aussitôt, pour l'oreille d'un praticien expérimenté, l'énorme distension du viscère où il se passe. Si le cancer du pylore forme une tumeur appréciable sur le vivant, cette tumeur se trouve au côté droit de l'épigastre, ou bien entre l'ombilic et les fausses côtes droites, ou bien même plus bas encore, selon l'amplitude que l'estomac, distendu comme nous venons de le voir, a fini par acquérir.

β. En cas de *cancer du cardia*, point de tumeur dans la région épigastrique; douleurs particulièrement ressenties au fond et dans le haut de l'hypocondre gauche; quelquefois obstacle absolu à ce que les alimens pénètrent dans l'estomac, explosion immédiate du vomissement ou de la régurgitation à chaque essai de déglutition, et, partant, mort rapide par inanition.

γ. Lorsque le *cancer n'occupe ni le pylore ni le cardia*, il est vrai de dire, en général, et sauf de nombreuses exceptions, que les vomissemens ne sont point habituels et opiniâtres, mais accidentels et faciles à dompter, ou même qu'ils manquent tout-à-fait. Et si quelquefois, en pareil cas, ils se montrent avec une persistance cruelle, en dépit de tous les secours de l'art, ce n'est guère que dans les premiers temps de la maladie, et lorsque la sensibilité particulière de l'estomac ne s'est pas encore faite à la présence du monstre qui vient d'y naître, et qui se met à le dévorer.

F. En général, ce n'est qu'après une période plus ou moins longue de symptômes locaux que surviennent les symptômes généraux, la fièvre hectique et le marasme, qui conduisent peu à peu le malade au tombeau, terme inévitable du cancer gastrique, comme de tous les autres cancers inopérables. Cette seconde période, pas plus que la première, n'a aucune espèce de limite en fait de durée, soit que l'on compte tout simplement, et d'une manière absolue, les semaines, les mois, les années qui s'écoulent alors, soit que l'on calcule le rapport d'une période à l'autre. Chez bien des sujets, la maladie, quoique décidément déclarée, offre des rémissions aussi considérables que longues, voire même de véritables intermittences, pendant lesquelles tous les symptômes disparaissent, pour reparaître de plus belle au bout d'un certain temps qui peut varier de quelques semaines jusqu'à six mois et plus. Bref, en définitive, le cancer de l'estomac met, tantôt quelques mois seulement, tantôt quelques années à martyriser et à conduire au tombeau ses infortunées victimes.

G. Quelquefois, mais rarement, par suite des progrès de l'ulcère cancéreux dans le sens de sa profondeur, la tunique péritonéale se trouvant enfin atteinte et perforée, un épanchement de matières chymeuses ou autres a lieu dans la cavité de l'abdomen, et de là une péritonite suraiguë promptement mortelle. Mais, en règle générale, la nature prévient ce redoutable incident, à l'aide d'adhérences préservatrices que l'inflammation, développée au pourtour du cancer, établit entre l'estomac et les organes voisins.

H. Dans certains cas, très rares aussi, consécutivement à une adhérence contractée par l'estomac avec le colon transverse, et toujours par suite des progrès incessans de l'ulcération en profondeur, une communication s'ouvre et s'établit entre ces deux parties du tube digestif. Les alimens, à peine chymifiés, ou même encore en nature, passent immédiatement de l'estomac dans le colon, et sont de là expulsés par les selles, sans avoir eu leur utilité pour la réparation du chyle et du sang. D'où il résulte que, en pareille circonstance encore, la mort vient

bien plus vite qu'elle ne fût venue suivant le cours ordinaire des choses.

840. *Détails anatomiques.* — A. Parmi les cancers de l'estomac, on en voit beaucoup qui sont constitués par du tissu squirrheux, beaucoup qui le sont par du tissu encéphaloïde; beaucoup d'autres encore sont mixtes et mi-partis d'une et d'autre façon. Il y en a de colloïdes; mais ils se rencontrent moins fréquemment que ceux qui précèdent, encore bien que l'estomac soit, comme mon collaborateur l'a déjà fait remarquer (*Path. chir.*, t. I, p. 360), l'organe où l'on a surtout occasion de trouver la dégénérescence colloïde ou gélatiniforme. Enfin, certains cancers de l'estomac se montrent infiltrés d'une matière noire, dans la totalité de leur épaisseur, ou seulement par places; et c'est là ce que les auteurs décrivent sous le nom de cancer avec mélanose (*Path. chir.*, t. I, chap. X).

B. Assez fréquemment, l'autopsie fait constater dans l'estomac, avec ou sans ulcération du cancer, la présence d'une quantité plus ou moins considérable de ce liquide noirâtre qui constituait la matière des vomissemens. C'est qu'en effet l'hémorragie, d'où provient ce liquide, ne réclame pas du tout, comme condition exclusive et absolument nécessaire de son existence, une surface cancéreuse en pleine ulcération; mais elle peut fort bien se produire, et se produit souvent, à titre de pure et simple exhalation, par les pores de la muqueuse stomacale, restée intacte et saine au-dessus ou autour du tissu cancéreux.

C. J'ai déjà parlé de l'amplitude extraordinaire que l'estomac peut acquérir, lorsque le cancer a son siége au pylore (839. E. α.). Ajoutons qu'en pareille circonstance, il existe toujours une hypertrophie plus ou moins considérable des couches musculaires du viscère, hypertrophie que M. Louis a particulièrement étudiée et décrite (836). Évidemment cette hypertrophie a sa cause, soit dans les efforts souvent répétés du vomissement, soit dans un redoublement d'énergie des mouvemens journaliers de péristole pour lutter contre la difficulté que les matières chymeuses éprouvent à franchir le pylore.

D. Dans les cas où le cancer siège ailleurs qu'au pylore, l'estomac a presque toujours moins de capacité que dans son état naturel : ce qui est, on le comprend de reste, un effet de l'abstinence à laquelle ce viscère se trouve alors condamné.

E. Quelquefois l'épaisseur du cancer gastrique n'a guère que le double de l'épaisseur normale de l'estomac; quelquefois elle va jusqu'à égaler deux ou trois travers de doigt.

F. Même avant d'être ulcéré, et lorsqu'il est encore recouvert d'une muqueuse parfaitement saine, le cancer, formant une saillie plus ou

moins grande dans l'intérieur de l'estomac, présente là une surface inégale, bombée, anfractueuse.

G. L'ulcération commence toujours en dedans de l'estomac. Parvenu à cette phase, le mal a quelquefois une ressemblance frappante avec le cancer mammaire. Les bords de l'ulcère sont durs, épais et renversés; sa surface est couverte de fongosités blanchâtres, grisâtres ou noirâtres; tantôt ce sont de simples excroissances d'une nature cellulo-vasculaire, tantôt on y retrouve de la matière encéphaloïde. Dans certains cas, on voit, autour de l'ulcère, plusieurs veines se dessiner en lignes noirâtres et flexueuses comme autour de leur centre commun.

H. Rarement le cancer du pylore empiète sur le duodénum. De même, le cancer du cardia se termine presque toujours nettement du côté de l'œsophage, tandis qu'il s'étend plus ou moins irrégulièrement aux dépens de la petite courbure ou du grand cul-de-sac de l'estomac.

I. Les cancers de l'estomac, quel que soit d'ailleurs leur volume, quelle que soit leur situation, sont tantôt libres, tantôt adhérens aux parties voisines. Dans ce dernier cas, l'ulcération, après avoir percé de part en part toutes les tuniques de l'estomac, peut pénétrer plus ou moins profondément dans le foie, dans la rate, dans l'épaisseur des parois abdominales, etc.; en un mot, dans toutes les parties qui ont contracté des adhérences avec la masse cancéreuse, et qui font corps avec elle. C'est ainsi qu'on a vu le colon transverse, ainsi que je l'ai déjà dit (839. H.), mis en communication avec l'estomac; le diaphragme percé d'outre en outre, et les alimens épanchés dans la poitrine, par suite du ravage d'un cancer du cardia; la rate largement excavée, et formant le fond d'un vaste ulcère du grand cul-de-sac; enfin, la paroi antérieure de l'abdomen quelquefois envahie et détruite dans une certaine étendue, et prête à donner issue aux matières contenues dans l'estomac.

841. *Complications.* — A. Entre une foule d'affections diverses qui peuvent venir compliquer le cancer de l'estomac, notons-en quelques unes comme les principales, et comme celles qui assez souvent accélèrent le funeste dénouement. Ce sont : 1° les cancers des autres viscères, et surtout ceux du foie; 2° l'anasarque et l'ascite, surtout quand la masse cancéreuse, par son volume et sa situation, exerce une compression continuelle sur la veine cave inférieure; 3° la péritonite aiguë, quelquefois par perforation, et aussi la péritonite de forme latente et de nature primitivement chronique.

B. La coexistence de la tuberculisation pulmonaire avec le cancer

de l'estomac n'est pas sans exemple ; mais elle est extrêmement rare.

842. *Étiologie.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § IV). — A. Le cancer de l'estomac est incomparablement le plus fréquent de tous les cancers internes ou viscéraux. C'est ce que tous les observateurs s'accordent à reconnaître, même sans statistique précise, et, pour ainsi dire, passez-moi ce terme, à simple vue de pays. C'est ce qui résulte positivement des recherches numériques de M. Tanchou concernant la fréquence relative des cancers de chacun des organes du corps humain. De ces recherches qui embrassent un total de 9,118 cancers, d'après le dépouillement des registres mortuaires du département de la Seine pour un laps de onze années, il résulte que, sur 3,425 cancers viscéraux, il y en a 2,303 qui appartenaient à l'estomac (Voir le *Journal de chirurgie de M. Malgaigne*, août 1843, p. 280). Ainsi donc, pour exprimer le fait approximativement en nombres ronds pour la commodité de la mémoire, l'estomac a fourni environ le quart du nombre total des cancers pris en masse et sans distinction de siége, et environ les deux tiers, proportion vraiment énorme, de la somme particulière des cancers viscéraux.

B. Si l'estomac se montre, comme nous venons de le voir, beaucoup plus sujet que tout autre viscère à la dégénérescence cancéreuse, c'est sans doute en raison des nombreuses causes d'irritation qui l'assiègent pendant le cours de la vie ; c'est sans doute en raison de l'infinie variété des *ingesta* (79. D.), qui, tant et tant de fois, soit hasard, soit crime, soit erreur de régime, peuvent surexciter, déchirer, enflammer la muqueuse gastrique. Feuilletez les recueils d'observations, recensez les circonstances antécédentes les plus dignes d'attention chez les personnes atteintes de cancer de l'estomac ; vous verrez figurer, dans un bon nombre de cas, les irritations traumatiques, chimiques ou autres de ce viscère. Ainsi, par exemple, pour prendre un livre antérieur aux querelles ardentes que le physiologisme broussaisien a suscitées sur le point en question, la *Médecine clinique* de Pinel (*loc. cit.*) nous offre, sur huit observations de cancer de l'estomac, trois cas qui plaident en faveur de la doctrine d'une gastrite protopathique, savoir : 1° la première observation, où il s'agit d'une femme qui avait fait abus habituellement des liqueurs alcooliques ; 2° la deuxième observation, dont le sujet est une femme de soixante-neuf ans, qui, dès sa jeunesse, avait été sujette à éprouver de temps en temps des vomissemens de *glaires* ; 3° la septième observation, qui concerne une bergère, pareillement âgée de soixante-neuf ans, renversée deux ans auparavant par un coup de corne de chèvre qu'elle avait reçue entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, et dès lors, ayant toujours eu l'épigastre douloureux et sen-

sible à la plus légère pression. Et, d'ailleurs, quel praticien n'a pas recueilli des observations analogues? A Dieu ne plaise, donc, que nous prétendions méconnaître la part que les agens de nature irritante peuvent avoir dans le développement du cancer de l'estomac! Mais, assurément, là n'est pas toute l'étiologie de cette terrible affection. Comme nous l'avons reconnu déjà (454. G. ζ.), la gastrite, passée à l'état chronique, ne peut se transformer en cancer qu'autant qu'il existe chez le malade une prédisposition spécifique. Seulement, je le répète, la fréquence inévitable des irritations de la muqueuse gastrique fait que cette prédisposition constitutionnelle vient là, plus souvent qu'ailleurs, aboutir à une manifestation effective.

843. *Diagnostic.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § V.) — A. Rigoureusement parlant, l'art ne possède aucun signe pathognomonique du cancer de l'estomac. Les vomissemens bruns ou noirâtres et la tumeur épigastrique ont, assurément, une importance séméiologique de grande valeur. Mais enfin, ces deux signes, pris isolément, ou même tous deux réunis, ne fournissent pas une certitude absolue. Car, après tout, les vomissemens en question n'accusent péremptoirement pas autre chose qu'une gastro-hémorragie, qui peut être symptomatique d'une simple gastrite, ou bien même, quoique beaucoup plus rarement, se produire à titre idiopathique. Et, d'autre part, les tumeurs cancéreuses de l'estomac ne sont pas les seules, tant s'en faut, qui puissent se développer et se faire observer dans l'épigastre. C'est donc par l'ensemble de toutes les circonstances, et non point par un seul signe, qu'on pourra diagnostiquer un cancer de l'estomac avec plus ou moins de probabilité, et parfois avec une probabilité qui touche de bien près à la certitude mathématique.

B. Je crois à propos d'indiquer quelles sont les maladies qui peuvent le plus aisément en imposer pour un cancer de l'estomac. Ce sont : 1° la gastrite chronique; 2° la gastro-hémorragie idiopathique; 3° les petites hernies de la partie supérieure de la ligne blanche; 4° diverses tumeurs, squirrheuses ou autres, qui peuvent se développer aux environs de l'estomac.

α. La *gastrite chronique*, surtout si c'est une gastrite chronique ulcéreuse (454. H. γ.), peut s'accompagner de vomissemens noirâtres, de telle sorte qu'il est alors très difficile, ou même impossible, de la distinguer du cancer. En pareil cas, il est permis de présumer que le mal est une gastrite, et non un cancer, — si la personne est jeune, — si l'on ne rencontre pas de tumeur dans la région épigastrique, — si, malgré l'amaigrissement extrême, la peau n'a point cette couleur jaune paille, qui est un des caractères les plus constans de la cachexie cancéreuse. Mais il faut avouer qu'il n'y a là que des probabilités, et point de certi-

tude. Heureusement qu'après tout, les mêmes remèdes conviennent pour les deux maladies, avec cette seule différence, qu'ils peuvent quelquefois opérer la guérison d'une gastrite chronique, et qu'ils ne sont que palliatifs à l'égard du cancer.

6. La *gastro-hémorragie idiopathique*, lorsqu'elle se reproduit pendant longtemps, à plus ou moins courts intervalles, sous forme de vomissemens noirâtres, et, comme on dit, sous forme de mélæna (216. B.), peut amener progressivement le marasme et la mort. C'est là un cas très rare, assurément, mais qui a été quelquefois observé, et que les observateurs ont bien et dûment constaté par les résultats négatifs de l'autopsie. Dans un cas semblable, on court bien risque de se méprendre du vivant de la personne ainsi atteinte, et d'affirmer trop légèrement, si l'on n'y prend garde, l'existence d'un prétendu cancer que la nécroscopie ne retrouvera pas, ou qu'une guérison inattendue reléguera au nombre des erreurs de diagnostic. Et l'on comprend fort bien que, dans ce cas, comme aussi dans le cas qui précède (α), des praticiens de bonne foi aient pu s'imaginer qu'ils avaient guéri de véritables cancers de l'estomac.

γ. Ce qui peut encore occasionner des méprises, ce sont de *petites hernies de la partie supérieure de la ligne blanche*, — qui ont été appelées *hernies de l'estomac*, quoiqu'elles ne soient jamais ou presque jamais formées par ce viscère. Les symptômes que ces hernies présentent, ont été pris quelquefois, à ce qu'il paraît, pour des symptômes de cancer. Bayle et M. Cayol, dans l'article cité (836), disent avoir vu commettre plusieurs fois une telle erreur.

δ. Les *tumeurs épigastriques de toute sorte*, fibreuses, fibro-cartilagineuses, osseuses ou autres, peuvent être prises pour un cancer de l'estomac, surtout lorsqu'elles coexistent avec des vomissemens et des phénomènes de dyspepsie, à la production desquels elles sont ou non étrangères. En cas d'une semblable coïncidence, elles peuvent en imposer même à des praticiens fort expérimentés. Pour ne s'y pas laisser méprendre, il importe de ne rien négliger en ce qui touche l'appréciation de l'influence qu'elles exercent réellement sur la santé. Renseignemens précis concernant l'époque où la tumeur a commencé à se manifester; palpation attentivement pratiquée à maintes et maintes reprises, soit lorsque le malade est à jeun, soit à divers instans de la digestion; recensement minutieux des signes propres à chaque genre de tumeur possible, afin d'arriver, par voie d'exclusion, au diagnostic de celle qu'on a devant soi : telles sont les sources de lumière auxquelles il faut avoir recours. N'allons pas au-delà de ces généralités; car, autrement, nous serions obligés de prévoir une multitude de cas particuliers, et de faire

la longue revue de toutes les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques qui concernent les tumeurs chroniques de l'abdomen.

844. *Thérapeutique.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § VIII). — Inutile de redire que le traitement ne peut être que palliatif. Ce sont, d'ailleurs, les mêmes moyens à employer que dans le cas de gastrite chronique (457. B.) : je n'ai donc pas besoin, non plus, de les détailler de nouveau.

Régime doux. M. Ferrus se loue particulièrement d'avoir prescrit la diète lactée, tout en avouant, au surplus, qu'il y a bien des personnes chez lesquelles on ne saurait y insister, et qui ne peuvent pas du tout la tolérer.

Au besoin, quelques saignées, mais avec réserve et bien à propos.

Médication révulsive.

Médicamentation anti-émétique.

Emploi de l'opium et autres narcotiques, comme, par exemple, l'extrait de jusquiame ou l'extrait de ciguë, qui ont même trouvé des prôneurs enthousiastes, et ont eu leur instant de vogue à titre de remèdes curatifs, à titre de spécifiques.

ARTICLE III.

CANCER INTESTINAL CIS-RECTAL (221).

846. *Bibliographie.*—BAYLE (G.-L.) et CAYOL.— Article cité (828), § LXXII, *Cancer des intestins.* — (P. 631-3.)

CRUVEILHIER.— (*Anat. path.*) Livrais. XXVI, pl. 6 (Observation recueillie par M. Diday, alors interne de M. Cruveilhier).—*Noyaux de cerises* (au nombre de 617, et reconnus pour appartenir à la variété des bigarreaux, et pour être indubitablement de l'année précédente) *arrêtés par un cancer encéphaloïde circulaire du gros intestin* (colon transverse, rétréci au point de n'avoir qu'à peine le calibre d'une *plume de corbeau*). — *Obscurité du diagnostic. Sensation d'emphysème* (due à la collision mutuelle des noyaux sous la pression de la main exploratrice, ainsi que l'autopsie seule le fit reconnaître). — *Perforation spontanée de l'intestin.* — *Péritonite par suite du passage de trois noyaux de cerises dans la cavité du péritoine.*

PUCHELT. — (*De morbis tubi intestinalis.* — Traité formant la 1re section du second volume de la 3me partie du grand ouvrage de Joseph Frank. — Leipzig, 1841, in-8°.) § XXVI, *Scirrhus et cancer intestinorum.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium.* — t. VI.)— Art. *Intestin* (*Maladies de l'*); — p. 373-8, *Cancer de l'intestin.*

846. *Nosologie.* — A. De même que nous avons distingué et posé, comme deux maladies à part, l'entéro-hémorragie cis-rectale et le flux hémorroïdal (221), et de même que nous avons décrit et envisagé séparément la rectite (479-81) par opposition à l'entérite proprement dite, de même aussi nous devions indispensablement tracer l'histoire particulière du cancer intestinal cis-rectal, et ne pas la confondre avec celle du cancer rectal, qui revient de droit au domaine de la *Pathologie chirurgicale.* Tandis que ce dernier cancer a toujours, dans la bouche de tous les praticiens, sa désignation spéciale, l'autre est communément, mais improprement appelé, par excellence, cancer de l'intestin. C'est dans l'intérêt d'une précision rigoureuse, — mais qui peut-être passera pour pédantesque aux yeux de bien des gens, et qui court risque, je le crains fort, de ne pas faire fortune, — que je propose ici la dénomination de *cancer intestinal cis-rectal.*

B. Le duodenum, le jejunum, l'iléon, le cœcum et le colon, voilà autant de parties plus ou moins sujettes à la dégénérescence cancéreuse. Mais d'abord, si le duodenum se montre quelquefois cancéreux, c'est rarement à titre de cancer isolé ; c'est presque toujours, au contraire, en coexistence et en continuité avec un cancer du pylore. Les cancers du jejunum et de l'iléon sont assez rares. Ceux du colon, et surtout ceux du cœcum, ont une fréquence relative bien plus considérable. Mais, en somme, les cancers intestinaux, tous indistinctement réunis, y compris même ceux du rectum, sont loin d'égaler en nombre les cancers de l'estomac. Ainsi, dans le relevé déjà cité de M. Tanchou (842. A.), à côté des 2303 cancers de l'estomac, on ne voit figurer que 157 cancers des intestins (cancers intestinaux cis-rectaux), et 234 cancers du rectum. Bref, en nombres ronds, il paraîtrait donc que la totalité des cancers intestinaux atteint à peine le dixième du chiffre fourni par les cancers de l'estomac, et que le cancer intestinal cis-rectal, en particulier, ne figure que dans la proportion d'un seizième comparativement à ce même chiffre.

C. Le cancer intestinal cis-rectal peut quelquefois demeurer tout-à-fait latent, soit pendant un laps de temps plus ou moins long antérieurement à l'invasion des premiers symptômes, soit même durant toute la vie du sujet, qu'une maladie intercurrente vient emporter et chez lequel l'autopsie seule révèle l'existence d'un tel cancer. En général, il commence par ne produire, dans une première période, que des accidens légers : douleurs abdominales passagères, dyssenterie, borborygmes, flatuosités incommodes tant par le haut que par le bas, constipation habituelle quelquefois entrecoupée par des alternatives de diarrhée. Puis, ordinairement, ce n'est qu'au bout de plusieurs années que s'ouvre

une seconde période où les symptômes s'aggravent d'une façon alarmante, où les coliques deviennent de plus en plus vives et fréquentes, où le ventre présente constamment un ballonnement douloureux, où les indigestions se répètent à des intervalles rapprochés, où les vomissemens glaireux et bilieux, et même aussi les vomissemens noirâtres, se reproduisent quelquefois opiniâtrément. C'est particulièrement en cas de cancer du duodenum, qu'on a occasion d'observer, à ce que les auteurs assurent et comme les données de la physiologie semblent en effet le démontrer *à priori*, ces vomissemens chroniques qui ne se manifestent que plusieurs heures après le repas, et qui rejettent, non pas sans d'extrêmes angoisses, la matière alimentaire déjà transformée en chyme et mêlée d'un liquide noirâtre; et, au surplus, cette analogie que le cancer du duodenum a, dans ses apparences symptomatiques, avec le cancer du pylore, n'a certes rien qui doive surprendre et qui ne soit très simple à prévoir. Quoi qu'il en soit, en quelque partie de l'intestin que le cancer ait son siége, le malade maigrit et sa peau prend une couleur jaune, ordinairement sans fièvre hectique, souvent même avec persistance de l'appétit naturel. Une douleur fixe dans un point de l'abdomen, et même une tumeur plus ou moins appréciable à la palpation, peuvent être là, mais dans quelques cas seulement, pour indiquer le siége de la terrible dégénérescence. Si la partie cancéreuse de l'intestin se trouve rétrécie à un degré excessif, à un degré approchant d'une complète occlusion, les gaz distendent outre mesure toute la longueur du canal en avant de ce rétrécissement, de telle sorte que les circonvolutions intestinales peuvent alors se dessiner à travers les parois de l'abdomen. En général, cette tympanite est d'autant plus considérable que la distance du cancer au pylore est plus grande. Quelques malades ont, de temps à autre, les selles sanguinolentes qui caractérisent l'entéro-hémorragie cis-rectale (222. A.). Il en est chez qui la diarrhée présente, indépendamment de matières glaireuses, une certaine quantité de pus. Enfin, la mort survient, soit après que le marasme et la cachexie ont atteint leur plus haut degré, soit d'une façon moins lente et moins prévue, à la suite d'une constipation excessive, et avec tous les symptômes de l'iléus (468), en raison de l'occlusion que les développemens du cancer ont fini par produire.

D. L'anatomie pathologique nous apprend que dans l'intestin, comme dans l'estomac, la dégénération cancéreuse débute généralement, si ce n'est même toujours, par le tissu cellulaire sous-muqueux; que l'ulcération commence constamment du côté de la membrane muqueuse, et que parfois alors il s'élève à la surface de l'ulcère cancéreux des végétations qui font une saillie considérable dans la cavité intestinale. Dans

quelques cas, ainsi que je viens de l'indiquer à propos des symptômes (C.), les parois dégénérées de l'intestin se trouvent épaissies au point de produire là un énorme rétrécissement, ou même une occlusion complète du canal. Lorsque l'ulcération, une fois commencée, s'étend en profondeur, il peut y avoir perforation de l'intestin, d'où un épanchement de matières chymeuses ou stercorales, et une péritonite suraiguë promptement mortelle (575. D. γ.). Mais ce qui prévient d'ordinaire un si funeste résultat, ce sont les adhérences contractées par la partie cancéreuse avec les parties voisines. Quelquefois même, par suite de telles adhérences, et par suite aussi des progrès de la dégénérescence et de l'ulcération, il s'établit une communication contre nature entre deux anses intestinales contiguës ; et cela, dans certains cas, peut avoir un très heureux effet, en ouvrant un nouveau passage aux matières, au cours desquelles le cancer opposait jusque là un obstacle difficile ou même impossible à franchir ; et l'on conçoit aisément qu'en pareille occurrence, un malade, après avoir été sur le point de succomber aux accidens qu'entraîne le rétrécissement excessif de l'intestin, puisse échapper au péril qui le menaçait, se rétablir en quelque sorte et vivre encore fort longtemps.

E. Chez quelques sujets, au lieu d'un seul cancer, les intestins présentent dans toute leur longueur, à divers intervalles, une multitude de plaques ou de tumeurs cancéreuses, ulcérées ou non. C'est ce qui paraît surtout avoir lieu dans le cas où la dégénérescence des parois intestinales est deutéropathique, et où elle ne se produit qu'à la suite d'un cancer de l'estomac ou de quelque autre organe.

F. Bien des fois se rencontre la complication du cancer intestinal avec le cancer de l'estomac, soit que les deux cancers aient chacun leur individualité distincte, soit qu'au contraire un cancer du duodenum se présente en intime continuité avec un cancer du pylore, ou que la grande courbure de l'estomac et l'arc du colon se trouvent réunis et confondus en une seule masse cancéreuse. Quelquefois, mais plus rarement, le cancer des intestins se montre en coexistence avec une semblable dégénérescence de l'un quelconque des organes abdominaux autres que l'estomac.

847. *Etiologie.* — (*Path.chir.*, t. Ier, chap. IX, § IV.) — Nous ne prétendons pas nier que l'entérite et les causes qui la provoquent aient une part dans la pathogénie du cancer intestinal. Là est, sans aucun doute, en certains cas du moins, la raison pour laquelle l'intestin, plutôt qu'un autre organe, devient le siége de la terrible dégénérescence. Mais ce n'est point assez, et force nous est, encore un coup, d'avouer qu'il doit y avoir, pour la production d'un tel mal, d'autres conditions

pathogéniques toutes particulières et vraiment plus essentielles que l'intervention d'un molimen inflammatoire, mais qui sont jusqu'à présent, il faut aussi le reconnaître, un mystère impénétrable.

848. *Diagnostic.* — (*Path. chir.*, t. Ier, chap. IX, § V.) — Disons-le franchement, il est impossible de ne pas confondre sur le vivant le cancer du duodenum avec celui du pylore, même lorsque les symptômes sont le plus prononcés. Quant aux cancers du jejunum, de l'iléon, du cœcum et du colon, rien n'est plus commun ni plus excusable que de les méconnaître lorsqu'ils ne forment pas une tumeur appréciable à la palpation. Cependant, pour récapituler tout ce qu'il y a de plus caractéristique, nous ferons remarquer d'abord que les alternatives de constipation et de diarrhée, qu'un météorisme habituel et autres symptômes faits pour révéler l'existence d'un obstacle permanent dans les voies intestinales sont déjà des signes qui doivent éveiller les soupçons. Lorsqu'en outre l'amaigrissement et le dépérissement se déclarent et se prononcent de plus en plus, sans qu'on en puisse apercevoir la raison, si ce n'est du côté des intestins; lorsque, avec tout cela, la peau prend une teinte jaune paille, on a véritablement droit, je ne dirai plus de soupçonner, mais de présumer, surtout chez un individu parvenu à l'âge mûr, qu'on a affaire à un cancer intestinal. Ce diagnostic acquiert un degré encore plus haut de probabilité, lorsqu'on peut constater, en palpant l'abdomen, une tumeur dure, bosselée, plus ou moins douloureuse, et qui rend un son mat à la percussion. Mais il faut se garder de prendre pour une tumeur cancéreuse un amas de matières fécales, méprise facile à éviter et presque impardonnable; car, dans ce dernier cas, on peut, par la pression, réussir à diviser, ou du moins à faire cheminer la tumeur, qui, au surplus, se déplace naturellement et pour ainsi dire d'elle-même, et au bout de quelque temps ne se retrouve plus au même endroit; a plus forte raison un purgatif a-t-il le pouvoir de la faire disparaître; enfin, elle n'est généralement pas accompagnée des phénomènes de dépérissement qu'un cancer tant soit peu avancé et volumineux ne manque presque jamais de produire.

849. *Thérapeutique.* — (*Path. chir.*, t. Ier, chap. IX, § VII.) — Comme le cancer de l'estomac, le cancer intestinal cis-rectal, inabordable aux secours de la chirurgie, ne peut être combattu que par un traitement palliatif. Mais, il importe de le remarquer, et c'est là une remarque heureuse et consolante, on peut ici réussir à prolonger beaucoup la vie du malade à l'aide de soins éclairés et assidus, et surtout d'un bon régime, l'estomac demeurant sain et ne se dérangeant gravement, pour l'ordinaire, que dans les derniers temps de la maladie, et pourvu aussi, toutefois, que le rétrécissement du calibre intérieur

de l'intestin ne soit pas porté à un degré excessif et incompatible avec le cours naturel des matières.

Esquissons donc les principales bases de ce traitement palliatif.

A. Diète suffisamment nourrissante, mais sobre et régulière, et surtout composée d'alimens qui soient de nature à ne laisser que fort peu de résidu stercoral. Interdiction absolue des alimens venteux. Aider à la digestion par le moyen des eaux de Seltz, de Spa, de Bussang, de Vichy, etc., et par le bi-carbonate de soude.

B. Remédier tour à tour, suivant l'occurrence, à la constipation et à la diarrhée : à celle-ci, en déployant tous les moyens que j'ai déjà énumérés dans l'histoire de l'entérite catarrhale pure (467. A. B.); à celle-là, en répétant l'emploi de lavemens simples, de lavemens émolliens, de lavemens laxatifs, et même, s'il le faut, en administrant par le haut un purgatif, mais choisi de préférence parmi les purgatifs doux, ou, tout au plus, parmi les cathartiques (132. G. x.).

C. Applications de sangsues à l'anus, toutes les fois qu'on voit poindre et apparaître quelques signes d'inflammation vive du côté des entrailles. Voilà, assurément, une ressource des plus heureuses et des plus efficaces pour éloigner ou amender les accidens inflammatoires. Voilà un secours qu'il ne faut ni négliger ni différer, tant que l'asthénie du malade n'y oppose pas une contre-indication formelle.

D. Révulsifs cutanés sur les parois de l'abdomen. Vésicatoires, moxas, cautères, sétons, frictions stibiées, etc., mais tout cela plutôt pour occuper l'imagination du pauvre malade que pour opérer un amendement réel du terrible et incurable mal, sur lequel tous ces moyens-là ne me paraissent avoir aucune prise, aucune influence.

E. Au besoin, médicamentation narcotique (132. G. α.). Et en particulier, lorsque le mal a son siége dans le gros intestin ; les clystères sont un moyen bien précieux pour faire parvenir à la surface même des parties dégénérées et ulcérées l'opium et les autres médicamens anodins et stupéfians qu'on applique avec tant d'avantage sur les cancers externes.

ARTICLE IV.

CANCER DU FOIE

Syn.: Hépatocarcinie, de M. Piorry (*Tr. de méd.*, t. IV, p. 510).

850. *Bibliographie.*—BAYLE (G.-L.) et CAYOL.—Article cité (828), § LXXIII, *Cancer du foie.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.* — t. II.) Pag. 471-506, *Observations sur le cancer du foie.*

BOUILLAUD. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, art. *Cancer.*) —Pag. 475-80 (*Cancer du foie*).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XII, planche 2 et 3; — et livraison XXIII, pl. 5.

HEYFELDER. — (*Mémoire sur plusieurs altérations du foie.* Traduit des *Studien im Gebiete der Heilwissenschaft* (272). Dans les *Archives*, décembre 1839). I. *Cancer du foie.*

MONNERET et FLEURY.— (*Compendium*, t. VI, art. *Foie.*) — P. 85-94, *Cancer.*)

JOSEPH FRANK. — Volume déja cité (631). — Cap. VIII, *De morbis carcinomaticis hepatis et cystidis felleæ.* — Mais je dois remarquer que, sous ce titre, Joseph Frank confond, non seulement les dégénérescences squirrheuse et encéphaloïde, mais encore la tuberculisation, le foie gras, la cirrhose, la simple induration, les kystes hydatidifères, etc. Et je n'ai pas besoin de formuler, à cet égard, le blâme qu'une pareille confusion ne peut manquer de soulever de la part de toutes nos écoles.

851. *Nosologie.* — A. Après le cancer de l'estomac, celui du foie est unanimement accusé par les observateurs comme le plus fréquent des cancers viscéraux. Dans le relevé statistique de M. Tanchou, relevé déjà cité (842), il figure, effectivement, pour un sixième environ du nombre total de cette catégorie-là (578 cancers du foie, sur 3382 cancers viscéraux).

B. C'est à Bayle et à M. Cayol qu'appartient l'honneur d'avoir été les premiers qui aient décrit *ex professo* le cancer du foie, et qui aient bien reconnu la nature de cette affection; mais déjà, avant eux, divers observateurs en avaient recueilli et signalé maints et maints exemples, qu'il ne nous est pas permis de méconnaître, quoique sous les vagues dénominations de *stéatomes*, *corps blancs*, *tubercules* (762) *du foie*, etc

C. En ce qui concerne les symptômes que le cancer du foie peut produire, rien de fixe, rien de constant, rien de nécessaire. Quelquefois il demeure latent jusqu'à la fin, et la nécroscopie seule le découvre chez des individus qui n'avaient jamais éprouvé les moindres douleurs dans l'hypocondre droit ni à l'épigastre, et dont les fonctions digestives n'avaient commencé à se déranger que dans le dernier degré du marasme. Chez d'autres individus, avant ou depuis les premiers phénomènes de langueur générale et de dépérissement, on voit se développer un certain ensemble d'accidens locaux, de symptômes hépatiques et de trou-

bles digestifs, mais qui offrent les plus grandes et les plus nombreuses variétés. Cela posé, je crois n'avoir rien de mieux à faire que d'emprunter à l'article de Bayle et de M. Cayol la description suivante comme type symptomatologique du cancer en question, comme type bien propre à représenter, non pas certes tous les faits, il s'en faut même de beaucoup, mais incontestablement un assez bon nombre de cas.

« Souvent, » disent les auteurs précités, « la maladie s'annonce, » plusieurs mois ou plusieurs années à l'avance, par des symptômes » d'hypocondrie, ou par diverses incommodités qui n'ont rien de ca- » ractéristique; telles sont des démangeaisons dans tout le corps, des » douleurs vagues et des lassitudes spontanées, un froid aux pieds qui se » fait sentir plus particulièrement dans la nuit, etc. De temps en temps, » et quelquefois à des intervalles de plusieurs mois, le malade éprouve » des douleurs vives dans l'hypocondre droit, qui surviennent tout-à- » coup, durant quelques secondes, quelques minutes, ou tout au plus » un quart d'heure, et disparaissent ensuite complétement. Jusque là la » santé paraît fort bonne, et l'on n'observe aucun dérangement dans les » fonctions; cependant l'embonpoint diminue, et le ventre augmente » un peu de volume; la peau prend une légère teinte jaune. Au bout » de quelque temps, les progrès de la maladie sont marqués par de » nouveaux symptômes : sorte de malaise habituel dans l'hypocondre » droit, et dans la région épigastrique; digestions longues et pénibles; » dégoût pour certains alimens; quelquefois vomissemens pituiteux sans » cause appréciable, ou à la suite d'une quinte de toux; légères coli- » ques par intervalles, accompagnées de borborygmes et d'émissions de » vents par haut et par bas. Lorsqu'à cette époque le malade rend » compte des malaises qu'il éprouve, on est ordinairement porté à le re- » garder comme hypocondriaque; mais si on palpe son ventre, on trouve » le foie volumineux, dépassant les dernières côtes de deux à quatre » travers de doigt ou même davantage, et parsemé de bosselures de » diverses grosseurs, d'autant plus faciles à distinguer que la maigreur » est plus considérable........ Si l'appétit s'était soutenu jusqu'à cette » époque, il disparaît ordinairement; les digestions sont de plus en plus » pénibles; elles sont accompagnées d'un malaise extrême dans la ré- » gion épigastrique; les douleurs de l'hypocondre droit sont, pour l'or- » dinaire, sourdes, gravatives, et rarement lancinantes; elles répon- » dent dans le dos, et quelquefois dans l'épaule droite. La respiration » est un peu embarrassée, surtout lorsque le malade essaie de se cou- » cher sur le côté gauche; il lui semble que quelque chose pèse sur sa » poitrine, et de temps à autre il fait une grande inspiration, comme » un homme qui soupire.

» Cependant l'amaigrissement continue à faire des progrès. Souvent » la peau et la conjonctive deviennent d'un jaune foncé, et l'on observe » en même temps les symptômes de l'ictère, c'est-à-dire, des matières » fécales grisâtres, des urines safranées, épaisses, et comme oléagi- » neuses.. .. Il y a toujours plus ou moins de constipation, et presque » jamais de vomissemens. Lorsque la maladie n'est pas compliquée d'un » squirrhe de l'estomac, les borborygmes et les vents n'ont pas la même » intensité que dans les autres affections cancéreuses du canal intestinal. » Les jambes enflent; et cette enflure, gagnant successivement les mains » et le ventre, dégénère souvent en hydropisie ascite. Enfin, les ma- » lades meurent hydropiques, ou dans le dernier degré de marasme, à » moins qu'une fièvre, ou quelque autre maladie aiguë, ne vienne mettre » fin à leurs souffrances, dont la durée varie ordinairement depuis deux » mois jusqu'à deux ans, à compter de l'époque où ils ont commencé » à se regarder comme malades. »

D. Voici, maintenant, ce que l'autopsie constate. En règle générale, —j'allais même dire presque toujours, — le foie cancéreux est plus volumineux que dans l'état sain; chez quelques sujets, il se montre doublé et même triplé de grosseur et de poids; en pareille circonstance, non seulement il remplit la région épigastrique, mais il se prolonge jusque dans l'hypocondre gauche; et, tandis que son bord inférieur se trouve descendu jusqu'à peu de distance de la crête iliaque droite, sa face convexe, refoulant le diaphragme dans la poitrine, et cela surtout du côté droit, peut atteindre à la hauteur de la cinquième ou même de la quatrième côte. D'ordinaire, aussi, toute la surface du foie présente des bosselures de forme sphéroïdale et de différentes grosseurs : ces bosselures, qui sont d'ailleurs plus ou moins nombreuses, plus ou moins espacées entre elles, ont cela de particulier qu'au lieu d'être entièrement et parfaitement bombées, elles offrent une dépression centrale en manière de godet. Ce sont là les saillies d'autant de masses cancéreuses qui occupent les couches superficielles du parenchyme hépatique. Mais ce n'est pas tout. Et, en incisant le viscère, on découvre d'autres masses toutes pareilles, çà et là disséminées dans les couches profondes. Au surplus, ces masses consistent tantôt en tissu squirrheux, — tantôt, et, il faut le dire, le plus ordinairement, en matière encéphaloïde, enkystée ou non. Leur forme est ronde, mais d'une rondeur imparfaite et irrégulière. Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un marron, depuis celle d'un marron jusqu'à celle du poing, des deux poings réunis, ou même d'une tête de fœtus à terme. Leur nombre est aussi très variable; et je n'ai pas besoin de dire qu'il ne peut être très grand qu'à la condition que les masses cancéreuses soient de petites dimensions. Dans certains cas, la multitude de

ces petits cancers distinctement isolés les uns des autres est telle qu'on ne manque pas d'en rencontrer et d'en diviser quelques uns à chaque coup de scalpel donné dans le foie, et qu'ils composent évidemment plus des trois quarts du volume extraordinaire sous lequel ce viscère se montre en semblable circonstance. Mais, dans d'autres cas, au contraire, on ne trouve que cinq ou six noyaux cancéreux, situés à beaucoup de distance les uns des autres. Quoi qu'il en soit, autour des points cancéreux, le tissu du foie est presque toujours parfaitement sain. La plupart du temps, on réussit fort bien à isoler le produit hétérologue avec le manche du scalpel; et à l'extraire nettement et sans difficulté en laissant, là où il était logé, une cavité parfaitement lisse, comme si ce produit hétérologue n'était que contigu au parenchyme hépatique ambiant, auquel, assurément, il ne peut, tout au plus, se trouver uni et attaché que par quelques prolongemens vasculaires. Il est rare de rencontrer des cas dans lesquels on aperçoive une certaine continuité de texture entre la dégénérescence cancéreuse et le parenchyme naturel du foie. Si le sujet a été ictérique dans les derniers temps de sa vie, les masses squirrheuses ou encéphaloïdes du foie sont colorées en jaune; autrement, elles sont blanches, tout au plus avec une teinte légèrement jaunâtre. A-t-on vu un cancer hépatique en venir, par suite de son ramollissement et de ses progrès, à se faire jour dans la cavité péritonéale, dans l'estomac, ou bien, enfin, à l'extérieur après la destruction successive des parties qui auraient contracté des adhérences avec le foie? Je ne sais. Mais à Dieu ne plaise que je conteste une telle possibilité! Toujours est-il, néanmoins, que le ramollissement des grandes masses cancéreuses du foie paraît entraîner presque infailliblement une cachexie qui ne tarde pas de devenir mortelle. Il est rare qu'on les rencontre entièrement ramollies. Et, comme la dégénérescence envahit incessamment de nouveaux points tant que le malade vit, l'autopsie peut souvent constater et étudier, dans le même foie, ici des cancers à l'état naissant, à l'état cru, là des cancers parvenus à divers degrés de leur période de ramollissement. Un fait important à remarquer et que les recherches nécroscopiques établissent formellement, c'est que la dégénérescence cancéreuse du foie n'interrompt pas la sécrétion de la bile, même dans les cas où la plus grande partie du viscère est ainsi atteinte: car l'ictère est alors l'exception, et non la règle; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve dans la vésicule biliaire la même quantité de bile qu'en toute autre circonstance. Quand l'ictère existe, on comprend sans peine que cela puisse tenir à ce que, par des circonstances toutes particulières dans la situation et la disposition des masses cancéreuses, les gros conduits biliaires se trouvent comprimés et aplatis, et l'excrétion de la bile, par conséquent, empêchée. C'est ce que l'observation né-

croscopique a maintes fois constaté. Et M. Cruveilhier ne craint même pas d'affirmer qu'il en doit toujours être ainsi.

E. Le foie peut être seul atteint de dégénérescence cancéreuse, et c'est assez pour conduire la personne au tombeau par une succession plus ou moins rapide de phénomènes morbides, tels que ceux qui viennent d'être décrits tout-à-l'heure (C.). Mais, le plus ordinairement, le cancer du foie se trouve compliqué avec d'autres cancers, notamment avec le cancer intestinal cis-rectal, avec le cancer du rectum, avec le cancer de l'épiploon, avec le sarcocèle, et, par-dessus tout, avec le cancer de l'estomac. Quelquefois la face concave du foie, l'épiploon gastro-hépatique, et la petite courbure de l'estomac ne forment plus qu'une seule masse cancéreuse. Et il n'est pas toujours possible de reconnaître de quel côté la dégénérescence a commencé ; lequel, de l'estomac ou du foie, a été protopathiquement affecté.

852. *Quelques remarques d'étiologie.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § IV.) — A. Pour ce qui est des cas dans lesquels l'estomac et le foie sont tous deux cancéreux, tout porte à croire qu'en règle générale le cancer du foie est deutéropathique. Et ce qu'il y a de fort remarquable, c'est que, même en coexistence avec un cancer squirrheux de l'estomac, les tumeurs deutéropathiquement survenues dans le foie sont presque toujours de nature encéphaloïde.

B. Un fait que mon collaborateur a déjà énoncé (*loc. cit.*, p. 364), et qu'il me paraît encore à propos de répéter ici, c'est que le foie est un des organes intérieurs qui sont le plus sujets à reproduire la dégénérescence cancéreuse après l'ablation d'un cancer externe.

C. On lit, dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, l'observation détaillée d'un cas de cancer du foie chez une demoiselle de vingt-six ans. C'est là une de ces exceptions assez rares qui, çà et là, apparaissent en dehors de la loi générale en vertu de laquelle les cancers, quels qu'ils soient, ne se développent guère avant l'âge mûr. Et, en ce qui concerne particulièrement la pathologie du foie, c'est là un cas peut-être unique dans les annales de la science : je ne sache pas, pour ma part, d'exemple authentique où le cancer de ce viscère se soit développé avant vingt-cinq ans.

853. *Diagnostic.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § V.) — Quelles sont les affections qui peuvent simuler le cancer du foie ? C'est, il faut bien l'avouer, l'hépatite chronique ; c'est la tuberculisation hépatique ; ce sont les kystes d'hydatides et toutes les autres espèces de tumeurs dont le foie est susceptible de devenir le siége. Cependant, chacune de ces affections a des signes qui lui sont propres, et qui sont de nature à la révéler sur le vivant, sinon toujours, du moins dans un certain nombre de cas, à la sagacité du praticien consommé, et à en autoriser le

diagnostic, sinon en pleine et entière certitude, du moins avec un haut degré de vraisemblance. Je ne puis que renvoyer nos lecteurs à la méditation des articles qui ont traité ou qui traiteront spécialement de ces diverses affections, afin qu'ils se gardent, autant que possible, de confondre avec elles, au lit du malade, le cancer du foie, et d'annoncer témérairement la présence de cette terrible dégénérescence, là où les meilleures et les plus fortes raisons doivent faire voir un mal moins grave, moins rebelle, moins incurable. Mais insistons ici sur un caractère que nous avons reconnu pour appartenir spécialement aux bosselures cancéreuses du foie, et qui n'est pas inaccessible à l'exploration clinique : je veux dire la dépression de ces bosselures en forme de godet. Si donc, indépendamment du volume extraordinaire que le foie présente à la palpation et à la percussion, la maigreur des parois abdominales permet, de plus, de sentir et d'apprécier distinctement des bosselures ainsi caractérisées, il ne peut plus y avoir de doute sur la réalité de l'affection cancéreuse du foie. Faute du signe dont il s'agit, une telle affection ne peut être que présumée avec plus ou moins de raison, mais non pas diagnostiquée affirmativement.

854. *Traitement palliatif.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § VIII.) — Que le diagnostic soit ou non établi d'une façon précise, qu'on sache positivement avoir affaire à un cancer du foie, ou qu'on ait encore quelque raison de se leurrer d'une hypothèse moins désolante, et de croire, par exemple, à un simple état d'hypérémie hépatique chronique (192. C. D.), toujours est-il que le malade doit être assujetti à une hygiène scrupuleuse, surtout en ce qui concerne le régime alimentaire. Toujours est-il que, suivant les indications fournies dans chaque cas particulier par les symptômes prédominans, on doit mettre en œuvre les diverses ressources que voici : sangsues à l'anus; vésicatoires, cautères et autres agens de révulsion cutanée sur la région du foie; eaux de Vichy, soit en boissons, soit en bains; médicamens narcotiques.

ARTICLE V.

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

855. *Bibliographie.* — BOUILLAUD. — Article cité (850). — Pag. 480, *Cancer de la vésicule et des conduits biliaires.* — Là, M. Bouillaud mentionne un cas intéressant qu'il a lui-même observé, et dans lequel les parois de la vésicule avaient été perforées par l'ulcération cancéreuse, mais avaient heureusement contracté avec le colon transverse des adhérences faites pour empêcher l'épanchement de la bile dans le péritoine : « Si le sujet eût vécu plus long- » temps, » comme le dit l'auteur, « il est probable que la cavité de la

» vésicule aurait fini par communiquer avec celle du colon. »

DURAND-FARDEL. *Recherches anatomico-pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires.* I[re] partie, *Cancer de la vésicule biliaire et du canal cholédoque.* (Dans les *Archives*, juin 1840.)

856. *Bref aperçu.* — Indépendamment des cas dans lesquels la vésicule biliaire se trouve compromise et envahie par la dégénération cancéreuse qui a pris naissance dans le foie, on rencontre d'autres cas où elle est le siége unique, ou, du moins, le siége principal et manifestement primitif d'une semblable dégénération. Les cas de cette dernière sorte, jusqu'ici passés sous silence par la plupart des auteurs, sont peut-être plus communs qu'on n'est tenté de le croire de prime abord, et sur la foi d'une omission si générale : car il est assurément digne de remarque que M. Durand-Fardel ait pu, en moins de deux ans d'observation, à l'hospice de la Salpêtrière, recueillir trois exemples du fait dont il s'agit. Quoi qu'il en soit, parmi ces cancers de la vésicule, il y en a de squirrheux ; il y en a d'encéphaloïdes. Il y en a aussi de colloïdes, comme nous en voyons un exemple dans la deuxième observation de M. Durand-Fardel, observation qui nous montre le tissu colloïde développé de toutes parts à la surface interne de la vésicule, et au point d'en occuper toute la cavité. De la vésicule, la dégénérescence cancéreuse s'étend, dans bien des cas, à l'arc du colon, par suite des adhérences phlegmasiques que la contiguïté naturelle de celui-ci avec celle-là a laissées naître et se consolider ; et l'on conçoit fort bien qu'à la longue, par les progrès de l'ulcération, une fistule puisse s'établir entre la vésicule et le gros intestin. Notons aussi que, bien des fois, la vésicule cancéreuse se trouve contenir des calculs biliaires.

Quels peuvent être les symptômes produits par le cancer de la vésicule biliaire ? Sans compter que ce cancer-là, comme beaucoup d'autres, et même plutôt que beaucoup d'autres, est susceptible de demeurer tout-à-fait latent ; ses symptômes, quand il en a, ne paraissent guère propres à le faire reconnaître. Ce qu'il y a de plus caractéristique en ce genre, ce sont des douleurs lancinantes à l'hypocondre droit, précisément ressenties vers les points qui correspondent à la base de la vésicule, et se trouvant liées à la présence d'une tumeur circonscrite, pyriforme, plus ou moins bosselée. Mais c'est ce qu'on ne peut s'attendre à rencontrer que dans la minorité et une très faible minorité des cas. Quant à noter l'inappétence, la dyspepsie, les vomissemens, la diarrhée, l'ictère, le dépérissement, etc., tous symptômes que les observateurs ont reconnus comme plus ou moins ordinaires dans la maladie en question, il n'y a là, avouons-le franchement, rien que de fort incertain et de fort équivoque.

Tout porte à penser qu'avec un cancer de la vésicule biliaire, tant que ce mal est seul, tant que la terrible hétérotrophie demeure concentrée dans l'organe peu important où elle a pris naissance, la vie peut encore se prolonger pendant très longtemps.

En ce qui touche au diagnostic, bornons-nous au peu de mots que voici. Supposons que, chez un malade donné, un certain ensemble de signes rationnels établisse les plus fortes présomptions pour l'existence d'un cancer interne (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § V); qu'avec cela l'hypocondre droit présente les douleurs et la tumeur dont je parlais il y a quelques lignes; que, de plus, le foie, ne se montrant ni augmenté de volume, ni déformé, n'ait aucunement lieu d'être soupçonné : tout alors se trouvera réuni pour diagnostiquer avec le plus de probabilité possible un cancer de la vésicule biliaire. Au surplus, nous n'avons pas à regretter beaucoup les incertitudes et les obscurités du diagnostic, là où le mal, reconnu ou non, deviné ou absolument inaperçu, n'est ni plus ni moins susceptible d'admettre d'autre ressource qu'un traitement palliatif, qu'une médecine symptomatique.

ARTICLE VI.

CANCER DE LA RATE.

857. *Bref aperçu.* — Je ne sache pas qu'aucun auteur ait étudié *ex professo* le cancer de la rate. Après tout, c'est là une affection excessivement rare. Ai-je besoin de dire qu'il faut bien se garder de confondre avec elle les cas, infiniment plus fréquens, dans lesquels le viscère en question se montre atteint d'induration chronique, et qui sont un effet de la splénite (637), mais que, dans un langage non moins impropre que suranné, quelques médecins désignent encore sous le nom d'*état squirrheux de la rate?*

Il ne paraît pas que les dégénérations vraiment cancéreuses de la rate aient été jamais observées ailleurs que sur des individus chez qui d'autres organes, et notamment le foie, étaient cancéreux. Tel est, par exemple, le cas que nous présente la *Clinique médicale* de M. Andral, chapitre des *Maladies du parenchyme du foie*, XXXV[e] observation : à l'autopsie de l'homme qui fait le sujet de cette observation, on trouva dans la rate plusieurs masses cancéreuses, tout-à-fait semblables à celles qui existaient dans le foie, et qui, sur le vivant même, s'étaient laissé facilement diagnostiquer par leurs saillies pathognomoniques à la surface de ce viscère (853).

Tout porte à penser que, dans ce fait de complète similitude de la dégénération cancéreuse de la rate avec celle du foie, nous devons voir, non pas une singularité, mais la règle ordinaire de la nature.

Le cancer de la rate peut-il exister seul, à titre d'affection primitive et idiopathique? Quels symptômes produit-il? Comment le reconnaître, autrement qu'à l'ouverture des cadavres? Toutes questions que l'état actuel de la science laisse indécises et insolubles.

ARTICLE VII.

CANCER DU PANCRÉAS.

858. *Bibliographie.* — Nous n'invoquerons pas ici, comme devant faire autorité, ni Morgagni, qui nous raconte trois cas, dans lesquels, après des vomissemens habituels et opiniâtres, on trouva le pancréas devenu dur, et, chez une seule des trois personnes en question (jeune dame de vingt-quatre ans), dur au point de paraître tout-à-fait converti en squirrhe (*Epist.* XXX, art. 7-13); ni Lieutaud, avec les trente-six observations qu'il a rassemblées sous le titre de *Pancréas squirrheux.* (*Hist. anatomico-med.*, lib. I, sect. VIII, art. 1, *Pancreas scirrhosum.*)—Car du temps de ces auteurs, on confondait encore avec les véritables squirrhes du pancréas les indurations de nature purement phlegmasique, hypertrophique ou autre. Mais, en même temps que je prierai les lecteurs de revoir ci-dessus l'article *Pancréatite* (chap. IV, art. XLII), et d'en mettre à profit la bibliographie et la substance en tout ce qu'il peut y avoir là d'utile et d'afférent plus ou moins indirectement à la question du cancer pancréatique, je leur indiquerai les auteurs qui suivent, comme étant ceux où j'ai principalement puisé les renseignemens nécessaires à la composition du présent article.

PETIT (Marc-Antoine). — (Dans le *Discours sur les mal. principales observées dans l'Hôtel-Dieu de Lyon.* Discours faisant partie de de l'ouvrage intitulé : *Essai sur la médecine du cœur*, Lyon, 1806, in-8°.) — Pag. 307 : cas fort remarquable d'une tumeur épigastrique, formée par un *engorgement* du pancréas, et simulant une hernie étranglée, à telles enseignes que l'opération fut pratiquée, et démontra l'erreur de diagnostic.

BAYLE (G. L.) et CAYOL. — Article déjà cité (828,) § LXXXV, *Cancers du pancréas, de la rate et des ovaires.*

SANDWITH. *Case of scirrhous pancreas.* (Dans *The Edinburgh med. and surgical Journal*, juillet 1820, pag 380-1.)

LAENNEC. — (*Traité de l'auscult.*, — t. I, p. 695.) — Cas d'une jeune dame qui semblait atteinte de phthisie pulmonaire, et qui n'avait qu'une simple bronchite, mais en complication, ainsi que

l'autopsie le révéla, avec un squirrhe du pancréas, véritable cause du dépérissement et de la mort.

Marjolin. — (Dans la *Bibliothèque médicale*, t. XXVII, p. 73, note.)

Bright (Richard). *Cases and observations connected with disease of the pancreas and duodenum.* (Dans *The London medico-chirurgical transactions*, vol. XVIII, part. i. — M. Bright signale l'existence d'une matière huileuse dans les déjections alvines, comme le symptôme caractéristique des cas dans lesquels la dégénérescence cancéreuse occupe à la fois le pancréas et le duodenum, et constitue une ulcération plus ou moins largement ouverte dans cet intestin.

Mondière. — (*Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas.* Dans les *Archives*, numéro d'octobre 1836, pag. 133-45.)

Joseph Frank. — Volume déjà cité (631). — Cap. xiii, *De morbis carcinomaticis pancreatis.*

Battersby. *Two cases of Scirrhus of the pancreas, with observations on the diagnosis of Affections of that gland.* (Dans *The Dublin Journal of medical science*, mai 1844.)

859. *Aperçu nosologique.* — Le cancer du pancréas est rare. Parmi les sujets qui meurent d'un cancer de l'estomac ou du foie, il en est beaucoup chez lesquels on trouve aussi des masses cancéreuses plus ou moins considérables aux environs du pancréas ; mais, lorsqu'on examine les choses attentivement, cette glande se montre presque toujours parfaitement saine et non dégénérée, quoique environnée et même comprimée par les masses hétérologues dont il s'agit ; elle ne participe elle-même que très rarement à la dégénérescence. Or, et c'est là un point unanimement reconnu par les observateurs, il est encore infiniment plus rare de voir un pancréas devenu cancéreux isolément et protopathiquement.

Quels peuvent être les symptômes liés à l'existence d'un cancer du pancréas? Disons-le tout d'abord, ce n'est que par une exception rarissime qu'un semblable cancer devient assez volumineux pour constituer dans l'épigastre une tumeur qui se fasse distinctement apercevoir sur le vivant, et qu'une palpation méthodique puisse apprécier et constater à travers les parois abdominales. Quoi qu'il en soit, il importe de noter que la tumeur, dans certains cas, se trouve à chaque instant soulevée par les battemens de l'aorte, de manière à simuler un anévrisme de cette artère. Chez quelques personnes, tout se borne, pendant fort longtemps, à un malaise général, avec amaigrissement progressif, et avec teint

blême, d'un jaune paille. Chez d'autres, l'ictère survient à cause de la compression que les conduits biliaires viennent à subir de la part du pancréas cancéreux, et sous l'influence de laquelle se produit parfois, comme le démontre l'autopsie, une dilatation excessive du canal cholédoque. Plusieurs ont pour principale incommodité de rejeter habituellement, par des efforts de vomissement, ou par simple régurgitation, une quantité plus ou moins abondante d'un liquide pituiteux et analogue à la salive; et c'est même là, comme on sait, le symptôme que la plupart des pathologistes reconnaissent pour être celui qui appartient plus particulièrement aux affections du pancréas. Quelquefois, mais, il faut bien le dire, chez un très petit nombre de malades, il y a des douleurs très vives, lancinantes, térébrantes ou autres, ressenties par les uns dans le fond de l'épigastre, et par les autres dans le bas du dos.

Généralement, le cancer du pancréas n'entraîne les malades au tombeau qu'après les avoir peu à peu réduits à un extrême marasme.

Inutile de dire que la dégénération cancéreuse peut se montrer bornée à une partie du pancréas, ou bien occuper la totalité de cet organe. Le plus ordinairement, à ce qu'il paraît, d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, le cancer du pancréas est de nature squirrheuse, et, dans quelques cas seulement, de nature encéphaloïde. Je ne sache pas qu'on ait, dans les fastes de la science, d'exemple authentique d'une dégénérescence colloïde du pancréas.

860. *Diagnostic.* — En résumé, la présence d'une tumeur isolée dans la région du pancréas, un ensemble de présomptions générales pour croire à l'existence d'un cancer interne, les vomissemens ou les régurgitations d'une abondante quantité de pituite, une sialorrhée sympathique, les déjections huileuses, l'ictère, et les douleurs lancinantes, épigastriques ou dorsales : voilà toutes les conditions qui, réunies, permettent de diagnostiquer avec le plus haut degré de probabilité possible le cancer du pancréas. Inutile de remarquer que cette probabilité diminue, lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions séméiologiques font défaut. La tumeur, par son siége, sa forme et son isolement, ne peut jamais être confondue avec une saillie du foie. Mais elle ne se laisse pas distinguer aussi facilement, tant s'en faut, d'avec les tumeurs cancéreuses de la portion pylorique de l'estomac; et l'on est fort excusable de se méprendre sous ce rapport, tant il est naturel de supposer qu'on a devant soi ce qui se voit le plus ordinairement, et non pas un vice organique aussi rare que le cancer du pancréas! Et, si les développemens du pancréas cancéreux se sont faits de manière à comprimer le pylore, la méprise est d'autant plus difficile à éviter, que cette compression produit des vomissemens opiniâtres et une dilatation excessive de l'estomac,

précisément comme si le pylore se trouvait rétréci par la dégénérescence squirrheuse de ses parois. Néanmoins, l'absence constante des vomissemens noirs est, en pareil cas, un signe qui, tout négatif qu'il soit, sert, à côté des signes positifs ci-dessus résumés, à corroborer la probabilité de l'existence d'un cancer du pancréas. Mais hélas! après tout, dans de si funestes circonstances, la justesse du diagnostic n'est bonne qu'à faire honneur au professeur de clinique devant ses élèves, à l'heure de l'autopsie; elle ne peut rien, absolument rien, ni pour le salut ni pour le soulagement du malade.

861. *Traitement palliatif.*— Sangsues à l'épigastre ou à l'anus. Révulsifs cutanés sur l'épigastre. Au besoin, et selon le cas, il faut combattre les douleurs par la médicamentation narcotique; les vomissemens, par la glace et autres moyens anti-émétiques; la sialorrhée, par les collutoires astringens, et même par les bains de vapeur.

ARTICLE VIII.

CANCER DE L'ÉPIPLOON.

862. *Idée générale et très sommaire de l'objet en question.* — Il n'est pas fort rare que l'épiploon devienne cancéreux par suite des envahissemens continus d'une dégénérescence cancéreuse primitivement développée dans l'estomac, l'intestin ou tout autre organe de la cavité abdominale. Il n'est pas fort rare, non plus, que, consécutivement au développement d'un cancer quelconque plus ou moins éloigné, et surtout après l'ablation d'un cancer externe, tel que le sarcocèle, le cancer mammaire, etc., on ait occasion d'observer la formation deutéropathique de masses cancéreuses dans les divers points où l'abdomen présente un tissu cellulaire abondant et lâche, et notamment dans l'épiploon. Mais, comme il est aisé de le comprendre, dans l'un et l'autre des deux cas qui précèdent, le cancer de l'épiploon,—à côté d'un cancer plus important, dont il n'est que la continuation et l'appendice,—ou bien au milieu de l'infection cancéreuse générale, dont il n'est qu'un détail,—n'a en vérité que très peu de part à la production des symptômes qui tourmentent le malade et le mènent au tombeau; il n'exerce là qu'une influence généralement insignifiante, et, fût-elle grande, la plupart du temps infailliblement inaperçue.

Ce qui est extrêmement rare, ce que, pour mon compte, je n'ai encore rencontré qu'une seule fois dans ma pratique, c'est un cancer primitif et idiopathique de l'épiploon, se montrant comme le seul et unique principe de la maladie et de la mort. Vu l'excessive rareté d'un semblable fait, je ne crois donc pas hors de propos de rapporter tout au long le cas particulier qui s'est offert, il y a déjà quelques années,

à mon observation ; et c'est ce que je ferai dans le numéro qui va suivre.

Assurément, un cancer de l'épiploon, surtout lorsqu'il n'est pas trop volumineux, peut, pendant fort longtemps, être une affection tout-à-fait latente, et n'avoir rien d'incompatible avec les apparences de la santé. Même avec un volume assez considérable, il peut très bien encore rester sans produire de symptômes vraiment graves, et qui mettent la vie en péril. Car, s'il est indolent ou à peu près, il ne nuit qu'autant qu'il gêne et qu'il comprime les organes importans de la cavité abdominale. Or, les inconvéniens de cette sorte sont, jusqu'à un certain point, prévenus et atténués par la mobilité des organes qui fuient devant la compression, et par la laxité naturelle et la facile extensibilité des parois de l'abdomen.

Mais enfin, ce n'est pas à dire pour cela que, quelquefois aussi, le cancer de l'épiploon ne puisse, à lui seul, et sans l'intervention deutéropathique de nouveaux cancers en divers autres points de l'économie, constituer un état morbide d'une haute gravité, et entraîner la mort. On comprendra fort aisément qu'il en doit être ainsi dans deux cas différens : 1° lorsque le cancer est accompagné de douleurs vives et continuelles, qui épuisent la force nerveuse, et minent peu à peu la vie ; 2° lorsque, par son étendue et sa masse, il gêne l'estomac et l'intestin au point d'entraîner et de pervertir d'une façon irremédiable les fonctions digestives, ou qu'il comprime la veine porte de manière à produire une ascite.

Ces deux manières d'être, si différentes l'une de l'autre, — l'état latent, et l'état de maladie déclarée avec symptômes plus ou moins cruels, — sont d'une incontestable réalité pour le cancer de l'épiploon aussi bien que pour les cancers des autres organes. C'est ce qu'il est permis de professer *à priori* d'après les lois générales de la symptomatologie des affections cancéreuses et les données de la physiologie. Et c'est ce que l'observation particulière qui va suivre suffit toute seule à démontrer.

863. *Histoire d'un cas de cancer idiopathique de l'épiploon.* (Cas observé dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe, salle Sainte-Geneviève, n° 12, en 1839, internat de M. Altham.) — Rosalie Béchet, domestique, âgée de trente-neuf ans, entre à l'hôpital le 25 octobre. Elle déclare n'avoir commencé à se sentir malade que depuis trois semaines ; et j'ajouterai sur-le-champ que, depuis, je ne manquai pas de la questionner à différentes reprises sur ce point, et qu'elle fit toujours la même réponse. Les premiers symptômes qui avaient incommodé cette femme étaient ceux que voici : intumescence de l'abdomen produite par les commencemens de l'ascite qui, au moment où la malade fut soumise à notre observation, était parfaitement caractérisée, et

qui, notons-le bien, s'était développée sans œdème prodromique ou concomitant dans les membres inférieurs; légers troubles de digestion, et un peu de dyspnée, dès le début de l'ascite, peut-être même quelque temps auparavant. Voici maintenant les principaux traits de l'état où la malade en était lors de son entrée à l'hôpital; facies ayant quelque chose de la face grippée (45. G. δ.) ; teint fort pâle, mais sans la moindre nuance de jaune; respiration courte et un peu haletante; parole brève, quoique avec intégrité parfaite des facultés intellectuelles, mais seulement, sans aucun doute, à cause de la dyspnée; langue rose et humide; pouls régulier à peu près normal, mais avec un certain degré de faiblesse; abdomen volumineux, avec des veines sous-cutanées très apparentes, et avec les signes qui démontrent l'existence d'une ascite, notamment avec le *flot du liquide* (*Path. chir.*, t. Ier, p. 76) dans son type le plus évident et le plus impossible à méconnaître; urines ne fournissant ni par l'acide azotique ni par la chaleur aucun précipité d'albumine; rien d'important à noter dans l'exploration des poumons et du cœur par le moyen de la percussion et de l'auscultation; point d'œdème des membres inférieurs; peu d'appétit; soif assez ordinaire; point de nausées ni de vomissemens; digestion un peu laborieuse; insomnie. D'après cela, il était facile de juger par voie d'exclusion que l'ascite avait très probablement sa cause dans quelque condition pathologique du foie ou de la veine-porte. Prescription quotidienne: eau de Seltz pour aider à la digestion; pilule de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, le soir, pour remédier à l'insomnie; frictions avec la teinture de scille et de digitale, plusieurs fois par jour sur toute la partie antérieure de l'abdomen. L'huile de croton tiglium fut administrée plusieurs fois à divers jours d'intervalle, mais avec peu d'effets purgatifs, et sans aucun amendement, même momentané, de l'épanchement péritonéal. De jour en jour, l'ascite augmenta, le ventre se gonfla davantage, la respiration devint plus difficile, et enfin la dyspnée se montra bien près de toucher à la suffocation. Le 20 novembre, je crus donc indispensable de recourir à la paracentèse : je la pratiquai, et je retirai 15 litres de sérosité citrine. Immédiatement après avoir ainsi vidé l'abdomen, j'y sentis une tumeur dure, bosselée, douloureuse à la pression, et qui, paraissant de prime-abord dépendre du foie, régnait depuis l'hypocondre droit jusqu'à l'hypocondre gauche, s'étendait en bas à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et se terminait là par un bord transversal de forme arrondie. En poursuivant mon exploration, je pus insinuer les doigts sous le rebord des fausses côtes, et palper distinctement la face inférieure du foie, et apprécier l'intervalle qui existait entre cet organe et la tumeur en question. Dès lors je dé-

clarai que cette tumeur appartenait peut-être à l'estomac, mais plus probablement à l'épiploon. A la suite de la paracentèse, la malade éprouva un grand soulagement. Mais les jours suivans le ventre recommença à se remplir de liquide; la dyspnée redevint suffocante, et la mort arriva après une courte agonie dans la nuit du 28 novembre.

Autopsie. — L'abdomen contient environ 8 litres de sérosité citrine parfaitement limpide. Le péritoine, à l'endroit de la ponction, n'offre aucune trace d'inflammation. Une masse d'un blanc grisâtre, masse composée d'une agglomération de sphéroïdes squirrheux de grosseurs diverses, mais dont les plus gros n'ont guère plus de volume qu'une noix, recouvre presque tout l'espace occupé par les circonvolutions de l'intestin, et ne laisse entre elle et le pubis qu'une distance d'environ 3 centimètres. Cette masse était unie à la paroi antérieure de l'abdomen par l'intermédiaire de quelques noyaux squirrheux de même couleur et de même nature, mais qui se sont séparés assez facilement pour rester adhérens au feuillet pariétal du péritoine. On constate, au surplus, que cette masse, ayant environ 3 centimètres d'épaisseur, dure, lardacée, criant sous le scalpel, n'est autre chose que le grand épiploon dégénéré en cancer. En poussant l'examen plus loin, on voit que la dégénérescence squirrheuse, toujours sous forme de noyaux et de grains agglomérés, règne sur toute la face antérieure de l'estomac, comprend la totalité de l'épiploon gastro-hépatique, dépare çà et là la face convexe du foie, et forme sur toute la face du diaphragme une couche d'environ 5 à 8 millimètres d'épaisseur. Et, à l'inspection du tronc de la veine-porte dans le sillon transverse du foie, on reconnaît clairement que, par suite de l'état squirrheux de l'épiploon gastro-hépatique, cette veine se trouve comprimée, quoique non oblitérée. L'estomac et le foie sont à l'état sain, sauf la dégénérescence superficielle dont j'ai parlé tout-à-l'heure. Il en est de même des intestins, hormis encore la transformation squirrheuse de quelques uns des appendices adipeux du colon. L'utérus est sain, mais les ovaires sont très volumineux, durs, bosselés et dégénérés en un état cancéreux parfaitement analogue à celui de l'épiploon. Jusqu'à quel point serait-il raisonnable de soutenir que les ovaires ont été le point de départ de l'infection cancéreuse? Toujours est-il, assurément, qu'ils n'eurent aucune part directe dans la production des symptômes, et dans la funeste issue de la maladie. Poumons et cœur parfaitement sains; les plèvres contiennent chacune environ un verre ou deux de sérosité citrine.

Est-il maintenant besoin de remarquer que, depuis l'époque où la femme qui fait le sujet de cette observation se sentit malade jusqu'au jour de la mort, il ne s'écoula que deux mois? Ce laps de temps est

évidemment trop court pour produire une dégénérescence squirrheuse aussi étendue que celle qui vient d'être décrite. Force est donc de reconnaître que, longtemps avant l'apparition des troubles morbides, le cancer de l'épiploon existait à l'état latent. Ce ne fut, apparemment, qu'avec la compression de la veine porte, et avec l'ascite qui en fut la conséquence, qu'un véritable état de maladie commença à se déclarer.

ARTICLE IX.

CANCER DU POUMON.

864. *Bibliographie.* — BAYLE (G. L.). — (*Recherches sur la phthisie pulmonaire*), chap. III, VI[e] espèce : *Phthisie cancéreuse.* — Chap. IX, sect. V, *Observations de phthisie cancéreuse.*

LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscultat.*) II[e] partie, sect. III, chap. 6, *Des encéphaloïdes du poumon.*

BOUILLAUD. — Article déjà cité (850), pag. 489-91, *Cancer des poumons.* — Cet auteur avait précédemment publié en 1826, dans le *Journal complémentaire du Dict. des sc. méd.* (t. XXV, p. 289-98), trois observations de cancer des poumons, observations fort intéressantes et fort bonnes à consulter, abstraction faite des réflexions auxquelles nous ne pouvons point acquiescer, et par lesquelles M. Bouillaud prétendait prouver l'origine purement inflammatoire de ces cancers.

HEYFELDER. *Du cancer des poumons.* (Dans les *Archives*, juillet 1837.) — Travail déjà publié en allemand par l'auteur dans ses *Studien im Gebiete der Heilwissenschaft* (272).

KLEFFENS. *De cancro pulmonum.* Th. inaug. Groningue, 1841.

MARSHALL HUGUES. *Memoir on the cancer of the lungs.* (Dans *Guy's hospital reports*, octobre 1841). — Traduit par M. Henri Roger dans les *Archives*, décembre 1841.

STOKES. *Researches on the pathology and diagnosis of cancers of the lung and mediastinum.* (Dans *The Dublin journal of medical science*, mai 1842). — Traduction par M. Henri Roger, dans les *Archives*, juillet 1842.

ROSTAN. — (Dans le *Répert.*, t. XXVI, art. *Poumon*). § II, *Maladies des poumons ;* — p. 62-5 (*Cancer du poumon*).

VALLEIX. — (*Guide du méd. prat.*, — t. II, chap. V).

865. *Aperçu nosologique* — Le cancer du poumon est rare, surtout à titre d'affection primitive et idiopathique.

Tantôt c'est un seul poumon qui se trouve cancéreux ; tantôt les deux poumons le sont à la fois. Le premier cas est, à ce qu'il paraît, le plus

ordinaire en fait de cancers protopathiques. Le second cas est, au contraire, ce qui s'observe le plus souvent chez les personnes où la dégénérescence du parenchyme pulmonaire ne se développe que deutéropathiquement sous l'influence de quelque autre cancer plus ou moins ancien.

Toux sèche, ou, plus ordinairement, accompagnée d'une expectoration catarrhale qui peut présenter toutes les variétés possibles; quelquefois, des hémoptysies plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées; presque toujours de la dyspnée; chez quelques malades, une fétidité horrible de l'haleine et des crachats, fétidité qui, suivant l'assertion émise par Bayle et M. Cayol (*loc. cit.*), aurait un caractère *sui generis*, et serait tout-à-fait semblable à celle des cancers externes ulcérés; quelquefois, mais non pas toujours, des douleurs vives, lancinantes, dans l'intérieur de la poitrine; amaigrissement progressif, marasme, fièvre hectique: voilà quels sont les principaux traits du drame morbide qui se déroule par l'effet de la dégénérescence cancéreuse des poumons, ou même de l'un des deux seulement. Ai-je besoin d'ajouter que chacun de ces symptômes varie extrêmement d'individu à individu sous le rapport de son degré d'intensité, de sa date de première apparition, de sa permanence ou de ses intermittences, etc., etc.? Ai-je besoin d'ajouter que le mal peut demeurer latent pendant une certaine durée, jusqu'à ce que ses développemens, trop étendus ou trop rapides, soient devenus tout-à-fait incompatibles avec un degré passable d'accomplissement des fonctions respiratoires? Ai-je besoin, enfin, d'ajouter que le dénouement de la maladie est infailliblement mortel?

En ce qui concerne les phénomènes de percussion et d'auscultation, il est clair et avéré que, dans les cas où la dégénérescence cancéreuse transforme en une masse compacte et imperméable à l'air un lobe entier du poumon, ou seulement même une portion tant soit peu considérable d'un lobe, on observe tous les symptômes propres à l'induration pulmonaire: matité thoracique; absence de respiration vésiculaire; respiration bronchique et bronchophonie, d'abord très prononcées, mais qui ensuite, à mesure que la matière cancéreuse envahit et oblitère les gros rameaux bronchiques, s'affaiblissent et finissent par faire place à un silence presque complet; transmission très retentissante des bruits du cœur à travers le poumon induré, et qui ne respire plus ou qu'à peine; respiration puérile dans le poumon demeuré sain. Supposons maintenant que, par suite du ramollissement et de l'ulcération d'un cancer du poumon, la matière cancéreuse soit peu à peu détachée et rejetée par les efforts de l'expectoration, et qu'il se forme ainsi une excavation, résultat rare, très rare en pareille circonstance, mais résultat fort possible, assurément: alors la percussion trouvera un son

moins mat, un degré moindre de résistance de la paroi thoracique, voire même, dans certains cas, (pourquoi non?) une sonorité tympanique; l'auscultation rencontrera des râles muqueux et même caverneux, une respiration caverneuse ou amphorique, et la pectoriloquie.

Quelquefois, mais rarement, le poumon cancéreux augmente à tel point de volume qu'il produit une dilatation du côté, dilatation facile à apprécier, soit par la mensuration, soit même à la simple inspection. Les espaces intercostaux de ce côté se montrent plus ou moins élargis; ils sont plats et même convexes, malgré un excessif amaigrissement; ils demeurent fixes et invariables pendant les mouvemens respiratoires que le côté opposé exécute seul. Le cœur peut se trouver repoussé, plus ou moins déjeté hors de sa place naturelle. Dans certaines circonstances, à ce que nous assurent quelques observateurs, un cancer du poumon peut exercer une compression considérable sur la veine cave supérieure, ou seulement sur l'une des veines sous-clavières, de manière à produire, dans le premier cas, une dilatation extraordinaire et frappante des veines jugulaires, la bouffissure du cou et de la face, la saillie des yeux, en un mot, toutes les apparences de l'état de strangulation, et, dans le second cas, à ne produire que sur un seul côté, sur le côté correspondant au poumon cancéreux, une semblable dilatation des veines jugulaire externe, mammaire, céphalique, basilique, etc., et l'œdème du bras. Si l'artère axillaire subit aussi un certain degré de compression, le pouls radial du bras correspondant se montrera notablement plus faible que celui du bras opposé. L'œsophage même peut se trouver comprimé; d'où la dysphagie. (46. F. α.)

Terminons par ce qui regarde la distinction anatomique des diverses sortes de cancers. En ce genre, la matière encéphaloïde est celle qui, sans contredit, se produit le plus communément dans le poumon. Tantôt elle s'y présente sous forme de masses arrondies ou irrégulièrement configurées, — et, quoique non enkystées, cependant très distinctes du tissu pulmonaire resté sain qui les environne, et avec lequel elles ne sont qu'en rapport de contiguïté, et non pas de continuité. Tantôt, mais rarement, ces masses se trouvent enkystées, ainsi que Laënnec, et, depuis lui, tant d'autres anatomo-pathologistes les ont vues. Dans quelques cas, mais peut-être beaucoup plus rares encore que celui qui précède, la matière encéphaloïde existe à l'état d'infiltration dans le parenchyme pulmonaire; entre autres observateurs, M. Rostan atteste la réalité de ce dernier fait, que Laënnec n'avait admis que par analogie avec ce qu'il avait constaté dans d'autres organes. La dégénérescence squirrheuse est encore bien moins ordinaire dans le poumon que l'encéphaloïde; mais elle ne laisse pas que d'y avoir été

authentiquement constatée dans quelques cas; et, par exemple, parmi les observations publiées par M. Bouillaud, il y en a une de cette dernière espèce. Je ne sache pas qu'il y ait dans les archives de la médecine un cas, un seul cas de cancer colloïde du poumon : ce n'est pas à dire pour cela que les observateurs n'en doivent jamais rencontrer, d'autant que ce mode de dégénérescence n'a été signalé que depuis peu d'années à l'attention des médecins.

866. *Étiologie.* — (*Path. chir.*, t. I[er], chap. IX, § IV.) — Deux mots seulement sous ce rapport.

Sur un relevé de vingt cas de cancers pulmonaires, le docteur Kleffens (thèse citée) nous montre ce mal treize fois chez des hommes, et sept fois seulement chez des femmes. Est-ce à dire que nous devions apercevoir là un résultat d'une loi générale, plutôt qu'un rapport fortuit? Assurément, les chiffres sont ici trop peu considérables pour servir de base à une induction sérieuse et plausible. Ne nous pressons donc pas de conclure que le cancer des poumons fait évidemment exception à la règle, assez universellement admise, touchant la triste supériorité que le sexe féminin semble avoir sur le sexe masculin dans la statistique des affections cancéreuses considérées en masse.

Mais ce qu'il y a de très certain, de parfaitement avéré, c'est que les poumons sont, comme le foie (852. B.), très sujets à être le siége où repullule la matière cancéreuse après l'ablation d'un cancer externe.

867. *Diagnostic.* — (*Path. chir.*, t. I[er], chap. IX, § V.) — Assurément le cancer des poumons n'offre dans sa symptomatologie rien de pathognomonique, rien si ce n'est, peut-être, le phénomène très rare, et d'ailleurs si contestable, d'une fétidité toute particulière de l'haleine. Sous le triple rapport des troubles respiratoires, de la percussion et de l'auscultation, il ne nous présente aucun signe qui ne puisse tout aussi bien appartenir à la tuberculisation pulmonaire, à la pleurésie chronique, ou à la pneumonie de même nature! Toutefois, si, indépendamment des symptômes thoraciques, équivoques et suspects, il existe, dans d'autres points du corps, des tumeurs cancéreuses développées antérieurement ou parallèlement à l'apparition de ces symptômes; si la peau présente une couleur jaune-paille; si un cancer externe vient d'être opéré plus ou moins récemment; si, en un mot, nous avons déjà quelque raison générale de présumer, chez l'individu donné, l'existence de la diathèse cancéreuse, il est alors permis de diagnostiquer avec un plus ou moins haut degré de certitude, suivant le cas, un cancer du poumon. Et ce qui peut corroborer encore un tel diagnostic, c'est de voir apparaître des symptômes de compression de la veine cave supérieure, de la veine sous-clavière, de l'artère axillaire ou

de l'œsophage ; c'est de trouver les circonstances commémoratives en désaccord absolu avec l'idée d'une pleurésie ou d'une pneumonie chronique ; c'est, enfin, de rencontrer dans toute l'étendue d'un poumon les signes de l'induration et de l'imperméabilité sans la moindre trace des râles propres au ramollissement des tubercules, ce qui rend assez improbable la supposition d'une infiltration tuberculeuse, laquelle jamais ou presque jamais n'occupe un espace si considérable sans que çà et là quelques points se montrent ramollis et fassent entendre du râle muqueux ou du moins du râle sous-crépitant.

868. *Traitement palliatif.* — Béchiques, narcotiques, révulsifs cutanés sur le thorax. Au besoin, quelques émissions sanguines, etc., etc.

ARTICLE X.

CANCER DU COEUR.

869. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*, IIIe partie, section II, chap. XVII.) — Édition citée, t. II, p. 570.

BRESCHET et FERRUS. — (Dans le *Dict. de méd. en* 21 *vol.*, t. IV.) — Art. *Cancer*, — p. 205-7 (Cancer du cœur.)

VELPEAU. *Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse, avec oblitération de l'aorte.* Paris, 1825, in-8°.

BOUILLAUD. — Article cité (850), p. 493-5.

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXIX, planche II, fig. 1 et 2, et planche III, fig. 1re. — Description et iconographie d'un cas de cancer polypiforme développé sur la paroi postérieure de l'oreillette droite chez un soldat âgé de trente-quatre ans, et qui avait les deux parotides cancéreuses.

CHOMEL. — (Dans le *Répert.*, t. VIII, art. *Cœur*), p. 320-1.

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, t. II, p. 322.) — Art. *Cœur* (*Cancer du*).

RENAULDIN. *Observation lue à l'Acad. roy. de méd.*, séance du 6 août 1833. (Dans les *Archives*, août 1833.) — Tumeur cancéreuse, plus grosse qu'une noix, dans le cœur d'une femme, dont les deux reins, le gauche surtout, étaient aussi le siége d'une dégénérescence semblable. — Les pièces anatomiques furent publiquement démontrées. — Il n'y avait eu cependant aucun symptôme notable dans la circulation ni du côté des urines.

RAYER. — (*Tr. des mal. des reins.*) Voyez, t. III, p. 703, parmi les *Observations particulières* concernant le cancer des reins, l'observation VIIIe (CANCER *des reins*, *du poumon*, *du* COEUR, *du foie*, *etc.*) — Masse squirrheuse de la grosseur d'une noisette, dans la cloison interventriculaire.

PIGEAUX. — (*Tr. pr. des mal. du cœur*), p. 590-7.
PIORRY. — (*Tr. de méd. prat.*) T. II, Ire section, *Cardiopathies*, chap. XVIII. — Nos 2097, 2098 et 2100.

870. *Bref aperçu.* — Le cancer du cœur est rare, excessivement rare. Mais sa réalité est aujourd'hui un fait acquis à la science, et qui repose sur les témoignages les plus authentiques et les plus irrécusables.

M. Récamier a vu le cœur transformé, dans une certaine partie de son étendue, en une matière squirrheuse et semblable à la couenne de lard chez un sujet dont les poumons contenaient aussi des masses cancéreuses. Laënnec, en consignant dans son livre le souvenir de ce fait, qu'il tenait de la bouche même de M. Récamier, ajoute qu'il avait lui-même rencontré, depuis quatre ans, deux cas de cancer encéphaloïde du cœur : l'un, où la matière cancéreuse formait, dans la substance musculaire des ventricules, de petites masses dont les plus grosses avaient le volume d'une aveline; l'autre, où elle se trouvait déposée en couches épaisses *d'une à quatre lignes* (de 2 millimètres à 1 centimètre, nouveau style), le long des vaisseaux coronaires entre le feuillet séreux du péricarde et le cœur lui-même. M. Trélat, ayant trouvé le cœur cancéreux chez un homme mort à la maison de Charenton, mit la pièce anatomique sous les yeux de M. Ferrus, qui, dans l'article cité ci-dessus (869), n'a pas manqué de proclamer ce fait, et d'en relater les particularités les plus intéressantes. MM. Velpeau, Bouillaud, Cruveilhier, Pigeaux, Piorry, Rayer et d'autres encore ont eu occasion de constater des dégénérescences squirrheuses ou encéphaloïdes du cœur. Toutefois, le total des cas authentiquement enregistrés jusqu'à présent dans les fastes de la science ne s'élève guère au-dessus d'une douzaine.

En somme, il est avéré que, dans le cœur comme dans les autres organes, la matière cancéreuse, soit squirrheuse, soit encéphaloïde, peut se développer sous deux formes principales : 1° sous forme de masses isolées et distinctes au milieu du tissu naturel de l'organe; 2° sous forme d'infiltration interstitielle sans discontinuité, de telle sorte que le tissu naturel soit entièrement métamorphosé en tissu hétérologue.

Quoi qu'il en soit, il paraît que toujours, ou presque toujours, en cas de cancer du cœur, une dégénérescence analogue existe aussi dans d'autres organes; et que c'est, en règle ordinaire, principalement dans les poumons.

Il n'y a pas de doute qu'un cancer du cœur, pourvu qu'il ait une certaine étendue, ne soit de nature à entraver l'action de ce viscère et à perturber d'une façon plus ou moins grave la circulation. Mais les cas

jusqu'ici recueillis sont trop peu nombreux, et, n'ayant jamais été reconnus ni même soupçonnés avant l'autopsie, laissent trop à désirer sous le rapport des détails symptomatologiques, pour qu'il nous soit possible de tracer une histoire générale de cette maladie autrement que par des raisonnemens et des conjectures *à priori*. Or, c'est là une tâche que les lecteurs peuvent tout aussi bien que moi-même accomplir à l'aide de leur imagination et de leur jugement.

ARTICLE XI.

CANCER DU REIN.

871. *Bibliographie.* CHOMEL. — *Observ. sur une affect. cancér. et tubercul. du rein gauche.* (Dans le *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, avril 1814.) — Chez un homme de soixante ans, et à la suite, — est-ce là un pur et simple hasard? — d'un coup violent porté sur la partie inférieure et interne des côtes gauches. — Cas remarquable, 1° en ce que la dégénérescence cancéreuse du rein (rein gauche) était compliquée de dégénérescence tuberculeuse; 2° en ce que la tumeur formée par cette double dégénérescence remplissait une bonne partie de la cavité abdominale; 3° en ce qu'aucun autre viscère ni dans l'abdomen, ni ailleurs, n'était cancéreux.

ROSTAN. *Cas pathologique remarquable.* (Dans le *Nouveau Journal de méd., chir., pharmac., etc., par Béclard*, etc., novemb. 1819.) — Cancer encéphaloïde du rein droit, formant une tumeur manifeste sur le vivant; se trouvant en coexistence avec un squirrhe gastrique tout-à-fait latent.

VALLERAND DE LAFOSSE. — (Dans la *Nouvelle bibliothèque médicale*, année 1825. — T. VIII, p. 42-8.) — Observation très intéressante d'un cas de cancer du rein. — (Chez un homme de trente ans. Rein droit, affecté de dégénérescence encéphaloïde, en même temps que de tubercules, formant dans le flanc une tumeur manifeste, mais dont la véritable nature ne fut pas soupçonnée. Poumons tuberculeux.

BOUILLAUD. — (*Recherches et observations pour servir à l'anatomie et à la physiologie pathologique des reins et de leurs canaux excréteurs.* Dans le *Journal complémentaire*, t. XXXI, année 1828.) Observ. III (p. 18-20). *Hypertrophie du rein gauche; tuméfaction énorme et dégénérescence tuberculeuse et encéphaloïde du rein droit.*

CORBIN. — (*Sur les perforations intestinales considérées sous le rapport de l'anatomie pathologique.* Dans les *Archives*, janvier 1831.)

Observ. III[e], dans laquelle le sujet, outre un cancer intestinal cis-rectal ulcéré jusqu'à perforation, présentait une dégénérescence cancéreuse des ganglions mésentériques, du foie et des reins (quatre ou cinq petits noyaux de matière encéphaloïde à l'état cru, dans chaque rein).

RENAULDIN. — Observation déjà citée (869).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) — Livraison 1[re], planche 4; — livraison XVIII, planche 1[re].

RAYER. — (*Tr. des mal. des reins.*) T. III, p. 675-718 (*Cancer des reins*); — p. 723-5 (*Matière colloïde dans les reins.*)

872. *Symptomatologie.* — A. Le cancer du rein peut être latent, notamment lorsqu'il est encore peu avancé et qu'il n'a que peu ou point augmenté le volume de l'organe. En pareil cas, point de douleurs, point de tumeur appréciable à la palpation la plus méthodique et la plus habile; point d'hématuries; point d'altération particulière des urines.

B. Chez quelques malades, au contraire, une douleur profonde, permanente, tantôt sourde, tantôt vive et déchirante, se fait sentir dans l'un des côtés de la région lombaire, au niveau même du rein.

C. Dans certains cas où le rein cancéreux augmente extraordinairement de volume, il forme dans le flanc une tumeur dure, compacte, plus ou moins aisément appréciable à la palpation, et parfois très douloureuse à la pression. Cette tumeur, chez quelques sujets, occupe tout l'espace situé entre le rebord des côtes et l'os de la hanche. Elle peut avoir des inégalités, des bosselures assez prononcées pour être touchées et distinguées à travers les parois abdominales.

D. Un autre symptôme que produit assez ordinairement le cancer du rein, surtout lorsque le bassinet se trouve atteint et ulcéré, — c'est l'hématurie. Tantôt légère, tantôt considérable, cette hématurie rénale a rarement lieu d'une manière continue. (237. A. — et 238.)

E. Il va sans dire, au surplus, que la pyélite et la néphrite avec tous leurs symptômes (525. — et 667. A.) peuvent se mettre de la partie. C'est ce qui arrive assez fréquemment.

F. Dans les derniers temps de la maladie, la peau prend ordinairement une teinte jaune-paille. L'amaigrissement est porté jusqu'aux derniers degrés du marasme. La fièvre hectique, l'œdème des membres inférieurs, et parfois une hydropisie générale, sont les symptômes avant-coureurs de la mort.

873. *Détails anatomiques.* — A. Toutes les formes anatomiques du cancer ont été observées dans les reins. Hâtons-nous de dire que le cancer encéphaloïde est celui qui s'y montre le plus fréquemment. Le squirrhe y est excessivement rare. Et ce qui est une rareté encore plus extra-

ordinaire, c'est d'y rencontrer la dégénérescence colloïde : M. Rayer est le seul observateur, que je sache, qui ait vu et publié des exemples de cette dernière forme de cancer ; trois fois, dans le cours de ses longues et immenses recherches sur les maladies des reins, il a trouvé le parenchyme rénal converti en un tissu gélatiniforme, deux fois chez l'homme, une fois chez le bœuf, et, cette fois-là seulement, dans une telle étendue que le rein avait un aspect tout-à-fait étrange.

B. Le cas que quelques auteurs décrivent sous le nom de *fongus hématode* du rein, et qui, au surplus, est aussi un fait assez rare, n'est rien autre chose qu'un cas complexe dans lequel une hémorragie intrà-rénale (205. C. ◊.) plus ou moins considérable se trouve surajoutée à l'hétérotrophie encéphaloïde, et dans lequel, — devons-nous ajouter, — la matière hétérologue, n'étant là qu'en petite quantité, est comme ensevelie au milieu de caillots sanguins, encore parfaitement caractérisés et impossibles à méconnaître, ou déjà réduits à l'état de fibrine décolorée et plus ou moins altérée.

C. La dégénérescence cancéreuse se montre le plus fréquemment dans la substance corticale, qui paraît être presque toujours le siége primitif où elle se développe. Mais bien des fois elle s'étend à la substance tubuleuse. Il se peut aussi qu'elle atteigne, indépendamment de ces deux substances du rein, les membranes qui le revêtent, les parois du bassinet, voire même le sang coagulé dans les veines rénales.

D. Quelquefois le parenchyme rénal reste sain dans les intervalles qui séparent les masses cancéreuses. Quelquefois, au contraire, il peut, non seulement se trouver hypérémié à un degré plus ou moins manifeste, mais offrir des altérations phlegmasiques non équivoques, des infiltrations purulentes et même de petits abcès.

E. Lorsque la dégénérescence consiste en un petit nombre de noyaux cancéreux peu volumineux, le rein peut n'être pas sensiblement plus gros qu'à l'état normal. Mais, d'autres fois, dans des conditions opposées, il acquiert des dimensions véritablement monstrueuses ; et sa surface, alors, peut se trouver surmontée d'un grand nombre de bosselures, dont le volume varie entre celui d'un pépin de raisin et celui d'un œuf de poule.

F. La distribution des masses cancéreuses n'est, dans le rein pas plus que dans tout autre organe, soumise à une loi de régularité. Ainsi, par exemple, M. Rayer les a vues amoncelées, chez un sujet, sur le bord convexe du rein ; chez deux autres sujets, à l'extrémité supérieure de l'organe, tandis que l'extrémité inférieure était tout-à-fait intacte. Quelquefois, mais le cas est rare, elles font saillie au-dedans du bassinet, soit qu'elles aient pris naissance à la surface ou dans l'épaisseur

de ses parois, soit que, nées au-dessous de ces mêmes parois, elles aient fini par les soulever, ou même par les perforer et les détruire.

G. Lorsque le rein a été entièrement envahi par la dégénérescence cancéreuse, il se montre informe, bosselé, tout-à-fait méconnaissable au premier aspect, comme, par exemple, dans l'observation, ci-dessus citée (871), de M. Chomel. Il ne présente plus aucune trace de son organisation naturelle.

H. Consécutivement au ramollissement des masses cancéreuses, on trouve quelquefois, dans le rein, de véritables cavernes, mais qui, le plus ordinairement, ne sont pas complétement vides, et contiennent un détritus pultacé, mi-parti de matière encéphaloïde et de sang décomposé. Il existe alors dans le bassinet une ou plusieurs ouvertures accidentelles, par où ce détritus avait évidemment moyen de s'écouler avec l'urine.

I. M. Rayer affirme que, dans des cas de dégénérescence cancéreuse de la totalité d'un rein, une dissection attentive a réussi à découvrir du tissu squirrheux parfaitement caractérisé qui, sous forme de bandes ou de stries irrégulières, existait au sein des masses de matière encéphaloïde.

J. Dans quelques cas, les ganglions lymphatiques de la scissure sont squirrheux ou infiltrés de matière encéphaloïde, et parfois réunis en une seule et même masse, comprimant plus ou moins considérablement le bassinet et l'origine de l'uretère.

K. Les membranes fibreuse et celluleuse du rein, malgré la distension à laquelle les soumet l'augmentation de volume de cet organe, acquièrent quelquefois une épaisseur considérable ; et souvent on les trouve sillonnées par des vaisseaux gorgés de sang, et plus gros qu'à l'état normal.

874. *Étiologie.* — (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § IV.) — A. M. Rayer professe que le sexe masculin est celui qui se montre le plus sujet au cancer des reins. Cette conclusion, il la déclare fondée, non seulement sur les cas qu'il a lui-même vus et observés, mais encore sur tous ceux qui, à sa connaissance, ont été recueillis par d'autres observateurs.

B. Quoique, dans un certain nombre de cas, le cancer n'atteigne que le rein, ou tout au plus, avec le rein, quelques ganglions lymphatiques circonvoisins, force est de reconnaître que, le plus ordinairement, la dégénérescence de cet organe n'est qu'un des effets d'une condition générale de l'économie, une des manifestations locales de la diathèse cancéreuse (95), dont les produits alors se montrent à la fois dans l'estomac, le foie, les poumons, les ganglions mésentériques, etc., etc.

C. Si la pyélite et la néphrite peuvent se montrer capables d'amener le développement d'un cancer du rein, ce n'est assurément, encore un coup, qu'à la condition d'une prédisposition spécifique et toute particulière chez l'individu donné.

D. Au nombre des circonstances qui paraissent avoir quelque influence et jouer un certain rôle dans la pathogénie du cancer des reins, on doit compter la présence d'un sarcocèle, comme aussi l'ablation du testicule affecté d'un tel mal. M. Rayer dit avoir constaté cette relation étiologique chez l'homme et chez le chien.

875. *Diagnostic.*— (*Path. chir.*, t. I, chap. IX, § V.) — A. Sans les hématuries, sans la présence d'une tumeur dans le flanc, les douleurs déterminées par un cancer du rein peuvent être prises tout simplement pour un rhumatisme ou une névralgie de la région lombaire. Mais si l'hématurie vient à se produire de temps en temps chez un malade qui éprouve habituellement de semblables douleurs, et qui n'est point sujet à la gravelle, ni aux rétentions d'urine, ni à aucune apparence de pyélite; si, surtout, les douleurs ne cessent ni ne s'apaisent avec les intermittences de l'hématurie, mais sévissent toujours avec le même degré d'intensité, ou, du moins, avec des variations qui n'aient aucun rapport avec les disparitions et les réapparitions de ce nouveau symptôme, alors force est bien de soupçonner un cancer du rein, mais non pas de le diagnostiquer sûrement. Quand, en outre, la palpation découvre dans le flanc une tumeur évidemment ou très probablement formée par le rein, la présomption devient encore plus forte. Joignez à tout cela un ou plusieurs des signes rationnels qui tendent à établir la probabilité générale d'une affection cancéreuse quelconque, et l'on touchera dès lors de fort près à la certitude, si tant est même qu'on n'y atteigne pas absolument.

B. Il faut le reconnaître, les cas dans lesquels le rein cancéreux constitue une tumeur plus ou moins manifeste, plus ou moins énorme, mais qui ne comptent pas l'hématurie au nombre de leurs symptômes, ont plus d'une fois fourni matière à des erreurs de diagnostic. Les tumeurs de ce genre, en effet, ont été prises pour des abcès profonds; pour des pyélites chroniques avec distension du bassinet et des calices (525. D.); pour des vices organiques de l'ovaire; à droite, pour des affections du foie ou de la vésicule biliaire; à gauche, pour des rates indurées et hypertrophiées, etc., etc.

C. Il peut arriver, mais ce fait est certainement des plus rares, que les ganglions lymphatiques de la scissure du rein et les ganglions lymphatiques prélombaires, devenus cancéreux, grossissent et s'agglomèrent de façon à constituer une tumeur considérable, bosselée et douloureuse, qui simule un cancer du rein. M. Rayer dit avoir vu un cas semblable,

dans lequel la méprise n'eut pas seulement lieu sur le vivant, mais encore à l'autopsie même : l'erreur ne fut reconnue que par une dissection attentive de la tumeur. Au-dessous d'une couche de tissu cellulaire induré, on trouva le rein déformé, aplati, intimement uni à la masse cancéreuse, mais tout-à-fait exempt lui-même de dégénérescence hétérologue.

876. *Traitement palliatif.* — Bains chauds (79. C. γ.). Topiques émolliens et narcotiques. Au besoin, quelques émissions sanguines. Opiacés en potions, en lavemens, en applications endermiques, etc. Voilà pour calmer les douleurs.

Combattre l'hématurie par les moyens appropriés (239. G.), si cette affection symptomatique vient à se produire dans des proportions alarmantes.

Médication corroborante (140-3), pour lutter contre les progrès de la cachexie cancéreuse et de l'hydropisie, et pour prolonger l'existence des malades.

Emploi des révulsifs cutanés, mais plutôt dans le but d'amuser et de préoccuper l'imagination des malades que dans l'espérance, malheureusement vaine, de porter réellement remède à leur mal.

CHAPITRE X.

HYDROPISIES.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

877. *Bibliographie.* — HIPPOCRATE. — *Passim.* — Notons particulièrement certains passages qui concernent les points que voici : 1° l'endémicité de l'hydropisie dans les contrées marécageuses (Περὶ ἀέρων ὑδάτων τόπων. Ed. Kuhn, t. I, p. 533) ; 2° le développement de cette maladie à la suite des fièvres quartes (*ibidem*, p. 544) ; 3° la vertu thérapeutique d'une potion à base de cantharides (Περὶ διαίτης. Ed. Kuhn, t. II, p. 97) ; 4° la difficulté de la cicatrisation des ulcères chez les hydropiques (*Aphorism.*, sect. VI, n. 8) ; 5° la résolution des hydropisies à la suite d'une diarrhée abondante (*ibid.*, n. 14) ; 6° la toux considérée comme un signe de mauvais augure,

quand elle survient chez l'hydropique (*ibid.*, n. 35). — Remarquons aussi, car cela est bien digne de remarque, qu'il y a, dans le *Pronostic* (édition Kuhn, t. I, p. 95), un passage où le grand Hippocrate, ne faisant là, au surplus, que répéter et consacrer, à peu près dans les mêmes termes, un article des *Prénotions coaques* (édition Kuhn, t. I, p. 309), reconnaît expressément une classe d'hydropisies qui se montrent liées à des douleurs de reins, par opposition aux hydropisies qui dépendent du foie. J'ai déjà cité plus haut (674) le passage en question. Ainsi, les Asclépiades paraissent donc avoir entrevu, sans le secours de l'anatomie pathologique, sans l'examen chimique des urines, mais par les seuls symptômes qu'il leur était donné d'observer, la nature distincte et particulière de ces hydropisies, dont la science contemporaine a constaté les rapports avec la néphrite et l'albuminurie (675).

PSEUDO-HIPP. — *Passim.* — Voyez, notamment, *Prénotions coaques*, édit. Kuhn, t. I, p. 309, passage déjà cité (Hydropisies avec douleurs lombaires); *ibid.*, p. 310 (Pronostic désespéré à l'égard de ceux qui, après avoir été guéris de leur hydropisie, éprouvent une récidive); *ibid.*, p. 314 (Résolution de la leucophlegmatie par suite de diarrhée); Περὶ κρισίων, édit. Kuhn, t. I, p. 147 (Résolution des hydropisies par la diarrhée ou par le moyen d'urines abondantes); livre IV du traité Περὶ νούσων, édit. Kuhn, t. II, p. 377-80 (Doctrine générale sur l'hydropisie. — Trois formes de cette maladie chez les femmes : 1° hydropisie de matrice : c'était, sans doute, à ce que je pense, notre hydropisie enkystée de l'ovaire : 2° hydropisie du ventre; 3° hydropisie des jambes); enfin, Περὶ πάθων, édit. Kuhn, t. II, p. 399 (Hydropisie sous la dépendance de la rate, ou du foie, ou de la lienterie, etc.).

CELSE. — Lib. III, cap. II, sect. 10.

ARÉTÉE. — (*Des causes et des signes des maladies chroniques.*) Livre II, chap. I (Περὶ ὕδρωπος). — Il n'est pas hors de propos de remarquer que, dans le *Traité de la cure des maladies chroniques* (150), le chapitre correspondant à celui que je viens de citer manque tout entier, lacune assurément des moins regrettables parmi toutes celles que l'injure des ans a produites dans les écrits de l'illustre médecin de Cappadoce.

AVICENNE. — (*Canon*) Lib. III, fen XIV, tract. 4, c. 4, *De hydropisi.*

SYDENHAM. *Tractatus de hydrope.* (Dans les *Opera omnia.*) — Sous le nom d'hydropisie, Sydenham, comme tous les anciens, n'envisage guère autre chose que l'anasarque et l'ascite, ou, pour le dire en

un seul mot, les cas d'hydropisie générale. A peine donne-t-il quelques lignes à l'hydropisie enkystée de l'ovaire.

BOERRHAAVE. — (*Aphor.*) n. 1215-53, *Hydrops.* — Plus, les *Commentaires* de Van-Swieten. — Déjà, sous le titre en question, Boerrhaave, avec des idées plus larges et plus générales que ne les avaient eues les anciens, passe successivement en revue : 1° l'hydrocéphale externe et interne, 2° l'hydrothorax, 3° l'hydropisie du poumon (œdème, hydatides ou kystes purement séreux), 4° le bronchocèle ou goître séreux, 5° les kystes séreux sous-cutanés, 6° l'hydropisie de l'ovaire, 7° l'hydromètre, 8° l'anasarque, 9° l'ascite, 10° enfin, les diverses espèces d'hydrocèle.

MORGAGNI. — Epist. LVI, art. 10-11 (Oblitération de la veine iliaque gauche, chez une femme dont le membre abdominal correspondant était habituellement œdémateux).

MONRO (Donald). *An Essay on the Dropsy and its different species.* Londres, 1763, in-8°.

BACHER. *Recherches sur les maladies chroniques, particulièrement sur les hydropisies et sur les moyens de les guérir.* Paris, 1776, in-8°.

BRESCHET. *Recherches sur les hydropisies actives en général, et sur l'hydropisie active du tissu cellulaire en particulier.* Thèse inaug. Paris, 1812, n° 173.

ITARD. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. XXII, p. 361-453.) — Article *Hydropisie.*

BOUILLAUD. *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles : considérations sur les hydropisies passives en général.* (Dans les *Archives*, juin 1827.)
— *Observations et considérations nouvelles sur l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie.* (Dans les *Archives* mai 1824.)

PORTAL. *Observations sur la nature et le traitement de l'hydropisie.* Paris, 1824, 2 vol. in-8°.

RAYER. — (Dans le *Dictionn. de méd.*, en 21 vol., — t. XI, p. 420-56). — Article *Hydropisie.*

REYNAUD. *Des obstacles à la circulation du sang dans le tronc de la veine porte, et de leurs effets anatomiques et pathologiques.* (Dans le *Journal hebdomadaire*, année 1829, n° 43). — Mémoire judicieux, fondé sur trois observations, dont deux présentaient une oblitération incomplète de la veine porte, et la troisième, une oblitération complète de cette veine. — Ascite dans ces trois cas. — Circulation veineuse supplémentaire, par le moyen d'une dila-

tation extraordinaire des veines collatérales, soit les veines sous-péritonéales, diaphragmatiques et autres veines profondes, soit les veines sous-cutanées de l'abdomen. D'où M. Reynaud conclut, avec toute raison, que, dans un cas donné d'ascite, la dilatation de ces dernières veines doit être considérée comme un signe précieux qui tend à établir que l'ascite a pour cause un empêchement quelconque de la circulation dans le système de la veine porte, c'est à savoir, dans le tronc même de cette veine, ou bien dans le foie. Et, si l'on veut avoir encore plus de lumières sur ce point, je dois, comme M. Reynaud lui-même, renvoyer les lecteurs aux observations qu'il avait précédemment publiées (même journal, n°s 16 et 17), en preuve de la circulation veineuse supplémentaire, dont le développement peut quelquefois aller jusqu'à remplacer parfaitement le service des troncs oblitérés. (Ire observation : Oblitération de la veine iliaque gauche, sans œdème du membre ni aucun autre inconvénient depuis longues années; circulation supplémentaire, par le moyen d'une énorme veine sous-cutanée. — IIe observation : Oblitération presque complète de la veine cave supérieure, par suite de la pression qu'exerçait sur cette veine un anévrisme de l'aorte; maintien du libre retour du sang vers le cœur, par des voies collatérales suffisamment élargies.)

CORBIN. *De l'oblitération des veines comme cause d'œdème ou d'hydropisie partielle, spécialement dans les membres inférieurs.* (Dans les *Archives*, avril 1831.)

LITTRÉ. — (Dans le *Répertoire*, t. XVI, p. 1-41.) — Article *Hydropisie.*

COMBETTE. *De l'hydropisie.* Thèse de concours. Paris, 1840, in-8°.

ANDRAL. — (*Essai d'hématologie pathologique.* Paris, 1843, in-8°.) Chap. II, art. VI, *Du sang dans les hydropisies.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, t. IV, p. 598-634.) — Article *Hydropisie.* — Très bon résumé des faits jusqu'à ce jour acquis à la science sur l'objet en question.

LASSERRE. *Mémoire sur les congestions séreuses métastatiques chez les nouvelles accouchées.* (Dans *Gazette médic.*, année 1843, n°s 47 et 48.)

TANQUEREL DES PLANCHES. *De la valeur de l'hydropisie dans les maladies; des indications thérapeutiques auxquelles elle donne lieu.* Thèse de concours. (La rédaction même des termes de la question est le fait du jury.) Paris, 1844, in-8°.

Voyez, en outre, la bibliographie qui concerne la néphrite albumineuse (665).

§ I. Idée sommaire des Hydropisies, et des trois tribus en lesquelles se partage cette famille nosographique.

878. *Définition.* — Le *Dictionnaire de l'Académie* définit l'hydropisie dans les termes que voici : Accumulation de sérosité dans quelque partie du corps où il ne devrait point y en avoir. Assurément, cette définition en vaut beaucoup d'autres, qui n'ont aucun mérite de plus, si ce n'est d'être prolixes et pédantesques. C'est donc dans le même sens, conformément à la tradition consacrée par la grande majorité des nosographes qui nous ont devancés, et d'après l'usage encore généralement suivi tant parmi les médecins eux-mêmes que parmi les gens du monde ; c'est dans le même sens, encore un coup, mais seulement avec moins de simplicité et de concision, pour gagner, si je ne m'abuse, en exactitude et précision, que nous pourrons donner la définition qui suit :

Toutes les fois qu'une accumulation pathologique, soit de sérosité proprement dite, soit d'un liquide quelconque d'apparence séreuse, se produit et se trouve close dans l'intérieur d'une cavité naturelle ou accidentelle, ou bien dans les vacuoles interstitiels des tissus organiques, cela s'appelle une hydropisie.

Je dis accumulation pathologique, afin de distinguer expressément le cas d'hydropisie d'avec la présence normale d'une certaine quantité de sérosité dans une cavité naturelle de l'économie. Ainsi, par exemple, puisque les recherches de M. Magendie ont établi la réalité du liquide céphalo-rachidien comme condition inhérente à l'état normal, comme condition tout-à-fait indispensable à l'entretien de la vie, évidemment l'hydrocéphale et l'hydrorachis ne commencent que lorsque la sérosité se trouve en quantité surabondante et vraiment extraordinaire à l'intérieur du crâne et du canal vertébral. Autre exemple : les eaux de l'amnios sont un des effets naturels de la grossesse, une des circonstances les plus essentielles à cet état physiologique ; mais si ces eaux croissent d'une façon énorme, au point de produire prématurément une distension extrême de l'utérus, de rendre l'avortement inévitable ou toujours imminent, et même de compromettre plus ou moins gravement la santé de la mère, alors, et seulement alors, il y a ce qu'on appelle une hydropisie de l'amnios.

Je ne dis pas seulement une accumulation de sérosité, mais aussi une accumulation d'un liquide quelconque d'apparence séreuse. C'est afin d'embrasser certains cas qui ont reçu, non sans raison, le nom d'hydropisie, encore bien que le liquide accumulé ne soit pas essentiellement séreux. Telle est, par exemple, l'hydronéphrose qui se pro-

duit avec la dilatation extraordinaire du bassin et des calices consécutivement à l'oblitération de l'uretère ou à toute autre cause d'ischurie, et qui est, en effet, une hydropisie constituée par l'accumulation d'un liquide primitivement urineux.

Quelques auteurs contemporains, je dois le dire, ont voulu restreindre le terme d'hydropisie à ne plus désigner dorénavant que les cas, d'ailleurs très nombreux encore, dans lesquels la sérosité s'accumule à titre d'épanchement dans l'intérieur des cavités séreuses (303), ou bien à titre d'infiltration dans le tissu cellulaire et les vacuoles interstitiels des organes. Pour justifier cette restriction, on se fonde sur ce que tous ces cas-là, quoique présentant encore entre eux d'assez remarquables variétés, offrent les plus intimes analogies, notamment sous le rapport du siége et de la pathogénie, et forment, en un mot, l'un des groupes les plus naturels de la nosographie. A Dieu ne plaise que nous contestions une vérité si frappante! Aussi ne manquerons-nous pas de proclamer ici ce groupe comme une tribu véritablement à part dans la famille des hydropisies, et de consacrer un paragraphe (§ II) aux considérations générales qui le concernent, et ne concernent que lui seul.

Ajoutons qu'on se laisse entraîner trop loin, lorsqu'on va jusqu'à prétendre qu'entre les hydropisies dont nous venons de parler, et celles qui se produisent à l'intérieur de cavités muqueuses devenues accidentellement sans issue, ou bien à l'intérieur de certains kystes, il n'y a aucune affinité, aucune raison de rapprochement nosographique. Certes, je suis bien loin de le nier, les analogies sont plus nombreuses et plus importantes entre l'anasarque et l'ascite qu'elles ne le sont, par exemple, entre celle-ci et l'hydropisie de matrice ou l'hydropisie enkystée de l'ovaire; mais je soutiens que toutes les hydropisies, telles que nous les prenons ici, offrent encore entre elles assez de ressemblance pour constituer légitimement une famille naturelle en nosographie organique. Et, sans vouloir entrer dans de trop longs développemens à l'appui de cette thèse, je me bornerai à remarquer que l'analogie contestée se révèle pourtant d'une manière incontestable : 1° sous le point de vue du phénomène caractéristique qui fait la base de la définition ci-dessus posée; 2° sous le rapport de la symptomatologie, en ce que l'accumulation du liquide, quel qu'il soit, et où qu'il se produise, a, pour un de ses effets les plus communs, d'occasionner maints phénomènes de compression et de gêne des organes circonvoisins; 3° sous le rapport de la thérapeutique, en ce que l'une des indications les plus générales est d'ouvrir une issue au liquide.

Cela dit, il reste évident qu'entre nous et les auteurs qui proposent d'entendre les hydropisies dans le sens le plus étroit, la dispute ne peut

rouler que sur une question de mots. Le fond des choses n'est point du tout en litige. Nous sommes prêts à souscrire, si l'on veut, à la restriction proposée, pourvu qu'on nous fournisse un terme nouveau qui représente la notion générale bien et dûment établie comme objet du présent chapitre. Mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que les auteurs dont je parle, après avoir, dans leurs articles *ad hoc*, établi dogmatiquement cette dérogation aux usages ordinaires du langage médical, ne laissent pas que de se montrer ensuite fort inconséquens sur ce point, et d'employer, comme tout le monde, soit au lit des malades, soit çà et là dans leurs écrits, des dénominations telles que celles-ci : *hydropisie de l'ovaire*, *hydropisie de matrice*, *hydropisie du sinus maxillaire*, etc., etc.

879. *Etymologie.* — Ὕδρωψ est un mot composé de Ὕδωρ, eau, et de Ὤψ, gén. Ὠπός, qui, au propre, veut dire œil, et, au figuré, aspect, air, apparence. D'où il résulte que le mot Ὕδρωψ a dû primitivement et naturellement signifier un liquide, une humeur ayant, jusqu'à un certain point, les apparences de l'eau, comme ce que nous nommons aujourd'hui la sérosité. C'est, en effet, dans une telle signification que nous le trouvons employé en plusieurs passages de différens traités de la collection hippocratique. Mais, de ce sens primitif, le mot Ὕδρωψ était venu, par métonymie, à signifier bien plus communément les maladies constituées par une accumulation extraordinaire de sérosité, soit dans l'intérieur du ventre (ascite), soit dans les chairs, comme disaient les Grecs (anasarque ou leucophlegmatie). Voilà les deux genres d'hydropisie dont il est particulièrement question chez les médecins de l'antiquité; car je ne dois pas compter ici la tympanite, qui était, à grand tort, englobée avec ces maladies-là comme une maladie congénère, comme un troisième genre d'hydropisie, sous la dénomination d'*Hydropisie sèche*, deux mots qui juraient l'un avec l'autre, et dont l'accouplement, bizarre et choquante catachrèse, ne représentait que trop bien tout ce qu'avait d'illogique la confusion générique de maladies si disparates. A peine trouve-t-on, en parcourant la collection hippocratique, quelques passages où d'autres hydropisies soient mentionnées, comme, par exemple, une prétendue hydropisie du poumon (Περὶ νούσων, livre II. — Éd. Kuhn, t. II, p. 277, point très énigmatique et bien fait pour mettre à *quia* toutes les interprétations des hellénistes et des médecins, — une hydropisie utérine, trop mal, trop vaguement, trop insuffisamment désignée (*loc. cit.*, — voir n. 877) — une hydrocèle endémique chez les enfans d'une certaine contrée (Περὶ ἀέρων ὑδάτων τόπων. — Éd. Kuhn, t. I, p. 529).

Quoi qu'il en soit, c'est avec toute raison, et par une synecdoque parfaitement légitime, ou, si l'on aime mieux un langage moins gram-

matical et plus philosophique, c'est en vertu des droits d'une généralisation éminemment rationnelle que nous autres médecins modernes comprenons sous le terme d'hydropisie, non plus seulement l'anasarque et l'ascite, mais tous les cas quelconques d'accumulation pathologique d'une humeur séreuse dans quelque partie du corps.

880. *Nomenclature.* — Abstraction faite des hydropisies qui ont leur nom à part depuis les temps les plus anciens, leur nom dûment consacré par une tradition multiséculaire (30), comme l'anasarque, l'ascite, etc., etc., rien de plus commode et de plus naturel que de désigner les autres, comme cela est aujourd'hui passé en usage pour plusieurs d'entre elles, à l'aide de mots composés qui aient les deux élémens que voici : 1° pour élément variable et propre à chacun de ces mots, le nom grec de l'organe où l'hydropisie donnée a son siége; 2° pour élément commun et formant la partie initiale de tous ces mots, le radical grec qui signifie eau, c'est-à-dire *hydr* ou *hydro*, selon que le radical qui vient après commence par une voyelle ou par une consonne. De là, par exemple, les termes qui suivent : hydrocéphale, hydrorachis, hydrothorax, hydromètre, etc., etc.

881. *Classification des hydropisies.* — A. *Première tribu :* Hydropisies ayant leur siége, soit dans les cavités naturelles que tapissent les membranes séreuses ou synoviales, soit dans les vacuoles interstitiels des tissus organiques. Je dis les vacuoles interstitiels des tissus, et non pas, comme on le répète généralement, les mailles ou vacuoles du tissu cellulaire; c'est afin de comprendre rigoureusement, formellement, dans les termes de ma définition, l'hydropisie interstitielle ou œdème de l'encéphale, cet organe dans le parenchyme duquel l'anatomie ne retrouve pas de tissu cellulaire; car, au surplus, il ne me paraît que trop vrai, malheureusement, que cet œdème-là est une réalité pathologique, qui a droit d'être posée comme une espèce de maladie à part, ainsi que l'ont déjà fait bien des pathologistes contemporains. Quoi qu'il en soit, les hydropisies de cette première tribu forment, je le répète encore, un des groupes nosographiques les plus naturels. Cela est immédiatement évident, en ce qui concerne les hydropisies des cavités séreuses ; et l'on va voir, dans la suite du chapitre, combien sont intimes les rapports qui leur rattachent les hydropisies interstitielles (l'anasarque et les divers œdèmes). Faute de trouver dans le vocabulaire médical deux termes distincts, l'un pour désigner en général la famille entière des hydropisies, et l'autre pour désigner particulièrement cette deuxième tribu, force nous est bien, à moins de néologisme (et je ne veux pas, pour ma part, y avoir recours ici), force nous est bien de dénommer ladite tribu d'une façon assez vague et peu rigoureuse. Résignons-nous à dire que c'est là

la tribu des *hydropisies par excellence*, ou hydropisies proprement dites.

B. *Deuxième tribu :* Hydropisies ayant leur siége dans une cavité muqueuse, comme la cavité utérine, le sinus maxillaire, le bassinet, etc., dont l'orifice naturel se trouve accidentellement oblitéré ou obstrué. Appelons-les donc tout simplement *hydropisies des cavités muqueuses.*

C. *Troisième tribu :* Hydropisies ayant leur siége dans des kystes, c'est-à-dire dans des poches séreuses ou séro-fibreuses qui sont étrangères à l'organisation normale du corps, mais qui s'y trouvent développées accidentellement et contre nature : aussi les appelle-t-on *hydropisies enkystées.*

§ II. Points fondamentaux de la doctrine spéciale qui concerne la première tribu des hydropisies. (881. A.)

882. *Remarque préliminaire.* — Nos lecteurs, n'eussent-ils lu que notre livre, n'eussent-ils pas d'autres connaissances pathologiques que celles que nous leur avons exposées jusqu'ici, savent fort bien déjà que les inflammations des membranes séreuses ont pour un de leurs effets les plus ordinaires la production d'un épanchement séreux ou séro-purulent plus ou moins considérable (304. C., — *et passim*). Voilà donc, surtout quand l'épanchement se produit dans des proportions tant soit peu fortes, et que la sérosité en est l'élément principal et prédominant, autant de cas où l'on peut, à la rigueur, voir une hydropisie, en prenant ce terme à la lettre, et, pour ainsi dire, dans une acception absolue et judaïque. De même, les inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques du tissu cellulaire entraînent toujours avec elles, dans un rayon plus ou moins étendu au-delà même des parties enflammées, un certain degré d'infiltration séreuse, autrement dit, d'œdème ou d'hydropisie interstitielle, comme nous l'avons expressément enseigné dans la théorie générale de l'inflammation (*Path. méd.* 279. B. α.), dans la description des phlegmons (*Path. chir.*, t. I, chap. II), dans l'histoire de l'éléphantiasis des Arabes (*Path. méd.* 699. A.). Ces cas complexes, où l'hydropisie, si tant est qu'on veuille, là encore, la reconnaître et l'invoquer, n'existe qu'à titre d'accompagnement et d'effet d'une inflammation, ont été parfaitement envisagés d'un point de vue général par M. Rayer (art. cité, chap. II), sous le titre d'*Hydrophlegmasies.* Ainsi trouve-t-on, nombre de fois, dans les écrits de nos contemporains, les termes d'*hydropleurite*, d'*hydroméningite*, d'*hydropéricardite*, d'*hydropéritonite*, d'*hydrarthrite*, etc., qui veulent désigner une pleurésie, une méningite,

une péricardite, une péritonite, une arthrite, etc., avec présence d'un épanchement considérable de sérosité, soit limpide, soit trouble et purulente, dans l'intérieur de la plèvre, du péricarde, du péritoine, de la synoviale articulaire, etc. Quoi qu'il en soit, il est clair, en définitive, que tous les cas de cette sorte rentrent complétement dans l'histoire des inflammations ; que, s'ils étaient les seuls dans lesquels se produisît une accumulation pathologique de sérosité, nous n'aurions, en vérité, point de motif pour poser les hydropisies comme une famille nosographique à part. Mais, comme on le verra dans la suite de ce paragraphe, il se peut faire, et c'est même un événement fort commun, que, sans éprouver d'inflammation, et sous l'influence de conditions pathogéniques tout autres, le tissu cellulaire et les membranes séreuses deviennent le siége d'une véritable inondation de sérosité. Or donc, ce sont surtout les hydropisies de nature non inflammatoire qui doivent occuper ici notre attention ; et, si les hydrophlegmasies ne sont pas tout-à-fait en dehors des considérations et des recherches du présent chapitre, si elles y obtiennent encore une certaine place, c'est que, maintes fois, après la rémission ou même l'entière disparition du travail inflammatoire, l'accumulation de la sérosité peut subsister et nuire comme condition principale ou même unique des troubles morbides, et fonder, à l'instar de toute autre hydropisie, des indications particulières en fait de traitement.

Cela dit, entrons maintenant en matière.

883. *Sous le rapport des différens siéges que l'hydropisie peut occuper, reconnaissons ici les principaux genres nosographiques qui suivent.* — A. *Anasarque :* Hydropisie constituée par une infiltration de sérosité dans toute ou presque toute l'étendue de ce qu'on nomme le tissu cellulaire libre. Ce genre sera ci-après l'objet de l'article II de notre chapitre. L'anasarque, notons-le-bien tout de suite, dès qu'elle produit l'enflure des membres dans des proportions tant soit peu excessives, et surtout dès qu'elle se montre avec ce caractère d'universalité que nous venons de lui assigner dans la définition ci-dessus, ne laisse pas que d'être ordinairement accompagnée d'un certain degré d'hydropisie interstitielle dans divers organes, notamment dans les poumons, ou, ce qui est plus grave, dans l'encéphale, voire même, aussi, d'un certain degré d'épanchement séreux dans le péritoine, dans la plèvre, dans le péricarde, etc. Bref, à proprement parler, il y a là une hydropisie générale, telle que nous la rencontrons assez fréquemment dans le cours de la pratique : 1° comme l'un des élémens essentiels de la maladie de Bright (675. B.) ; 2° comme affection symptomatique des vices organiques du cœur, dans une période avancée des maladies dont ces vices sont la cause. Quoi qu'il en soit, rien ne pourrait être plus inutile, plus superflu que de consacrer à l'hydropisie générale un article à part ; car,

après les principes qui, dans la suite de ce paragraphe, vont être formulés sur les points les plus importans de la nosologie, de l'étiologie et de la thérapeutique de toutes les hydropisies proprement dites, après l'histoire particulière de l'anasarque, de l'ascite, de l'hydrothorax, et, en un mot, de chacune de ces hydropisies locales, dont la coexistence constitue l'hydropisie générale, qu'aurais-je à dire de celle-ci? Rien qui ne fût déjà parfaitement su par le lecteur; rien, assurément, sinon ce que j'aurai déjà enseigné en termes formels, ou ce qu'on aura, de soi-même, compris avec la plus facile évidence,—j'allais presque dire, irrésistiblement.

B. *Œdème proprement dit* : Hydropisie consistant, comme l'anasarque, dans une infiltration séreuse du tissu cellulaire libre, mais avec cette différence capitale, que l'infiltration, au lieu d'être universelle ou à peu près, se trouve limitée à une région particulière. De là, maintes et maintes espèces d'œdème à distinguer, suivant la partie affectée : Œdème des pieds, Œdème des membres abdominaux, ou seulement de l'un des deux, Œdème du scrotum, Œdème du bras, Œdème des paupières, Œdème du cuir chevelu, Œdème de la face, etc., etc. Je ne saurais, assurément, me faire ici un devoir de passer complétement en revue, et une à une, ces diverses espèces d'œdèmes. Je ne pourrais remplir une pareille tâche, à moins d'entrer dans des détails infinis que les bornes de notre ouvrage ne me permettent pas du tout, et qui, d'ailleurs, je le crois du moins, peuvent être mis de côté sans trop d'inconvénient, et suppléés en quelque sorte par les généralités où ils sont implicitement contenus. Or, la théorie générale de l'œdème se trouvera dévoilée tout entière, et même de la façon la plus explicite, quand, indépendamment de tout ce que le présent paragraphe va embrasser concernant les symptômes, la nature, les causes et le traitement des hydropisies proprement dites, on aura encore lu l'article consacré à l'histoire de l'anasarque. Car, passez-moi cette manière de parler, l'œdème n'est qu'une portion d'anasarque; il est en petit et dans un siége circonscrit, ce que l'anasarque est en grand et dans la totalité du corps. Ainsi donc, il n'y a pas du tout lieu de s'étonner que je n'aie pas cru devoir réserver un article à part pour le genre Œdème. —(Οἴδημα, Hipp.—Mais, dans les livres hippocratiques, ce mot signifie indifféremment toute espèce de gonflement et de tumeur. Ce n'est qu'assez longtemps après Hippocrate que les médecins commencèrent à en particulariser la signification, et à la restreindre aux intumescences indolentes et molles, ainsi que nous l'apprend Galien dans ses *Commentaires sur les aphorismes*, sect. IV, aph. 34.)

C. *Ascite* : Hydropisie constituée par un épanchement de sérosité dans la cavité du péritoine. L'ascite fera ci-après le sujet de l'article III.

D. *Hydrothorax :* Hydropisie de la cavité pleurale. L'hydrothorax fera le sujet de l'article IV.

E. *Hydropneumonie :* Hydropisie interstitielle, ou, comme on le dit communément d'après Laënnec, OEdème du poumon; ce sera le sujet de l'article V.

F. *Hydropéricarde :* Hydropisie du péricarde; avais-je besoin de le dire, puisque le mot se définit de lui-même (880)? L'hydropéricarde sera le sujet de l'article VI.

G. *Hydrocéphale :* Genre d'hydropisie constitué, soit par un épanchement de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde ou dans les ventricules cérébraux, soit par un excès d'infiltration séreuse dans la pie-mère, ou dans le parenchyme même de l'encéphale (*Œdème encéphalique* des auteurs). Tous ces cas se ressemblent beaucoup, tant par leurs symptômes que par leur extrême gravité. C'est là ce qu'il faut nommer l'hydrocéphale interne, si l'on veut continuer de qualifier d'hydrocéphale externe ce qu'il serait bien plus simple et bien plus naturel de nommer œdème du cuir chevelu ou œdème péricrânien. Quant à nous, toujours est-il que nous excluons formellement du genre ici en question une affection aussi peu sérieuse que cet œdème-là, et qui n'a véritablement rien de commun avec les divers cas que nous venons d'embrasser sous la dénomination d'hydrocéphale. Ainsi entendue, l'hydrocéphale fera le sujet de l'article VII.

H. *Hydrorachis :* Hydropisie du canal rachidien. La science ne possède de connaissances réelles, de données positives, que sur le compte de l'hydrorachis congénial, et qui, en complication avec l'anomalie communément désignée sous le nom de *Spina bifida* (fissure spinale, de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, *op. cit.* (24), II[e] partie, livre IV, chap. 5), forme une sorte de tumeur herniaire à travers cette fente plus ou moins monstrueuse de la colonne vertébrale. Or, l'étude du *Spina bifida* est échue en partage à mon collaborateur; c'est donc à la *Pathologie chirurgicale* que le lecteur doit avoir recours pour s'instruire complétement sur ce vice de conformation. Quant à parler de l'hydrorachis simple, et qui peut, je n'en doute pas pour ma part, survenir accidentellement aux divers âges de la vie, nous n'aurions là-dessus que des hypothèses et des conjectures à émettre. Autant vaut nous en abstenir. En vérité, une question si obscure, ou, pour mieux dire, si complétement ignorée, n'a pas droit d'avoir son article dans le présent chapitre.

I. *Hydrocèle :* Hydropisie de la tunique vaginale. Genre appartenant, de plein droit et en toute évidence, à la *Pathologie chirurgicale*, où il sera étudié en temps et lieu.

J. *Hydramnios* : ou Hydropisie de l'amnios (878). Ce sera, ci-après, le sujet de l'article VIII.

K. *Hydrarthrose* (de Ἄρθρον, articulation ; — c'est à tort qu'on prononce et qu'on écrit *hydarthrose*, — plus euphoniquement, sans doute, mais d'une façon tout-à-fait incorrecte ; voir ci-dessus, n. 880) : c'est l'hydropisie des cavités articulaires. Genre qui sera étudié en *Pathologie chirurgicale.*

L. *Hygroma* : Hydropisie des bourses séreuses sous-cutanées. Genre déjà étudié en *Path. chir.*, t. Ier, chap. XIII, art. 1er, § 1er. A.

M. *Ganglion* : Hydropisie des bourses tendineuses. Genre déjà étudié en *Path. chir.*, t. Ier, chap. XIII, art. 2, § 1er, 1°.

N. *Hydrophthalmie* : Hydropisie de l'œil. Genre qui sera étudié dans la partie ophthalmologique de la *Pathologie chirurgicale.*

884. *Aphorismes symptomatologiques.* — A. Que les divers genres d'hydropisie ci-dessus énumérés (883) soient très dissemblables entre eux sous le rapport des symptômes locaux ; que chacun d'eux ait les siens qui lui appartiennent en propre, et qui soient plus ou moins manifestemen tcaractéristiques : cela va sans dire, puisque dans ces divers genres nosographiques le siége du mal n'est point le même. Mais, d'un point de vue large et sommaire, les symptômes dont il s'agit peuvent être réduits à deux chefs principaux que voici : 1° intumescence et déformation de la partie occupée par l'hydropisie ; 2° gêne dans l'accomplissement de toutes les fonctions dévolues à cette partie, et surtout de celles qui font l'office des organes contigus à la masse de sérosité épanchée, et soumis, par conséquent, à une compression plus ou moins forte de la part de cet épanchement. Au reste, les symptômes de l'une et l'autre sorte varient, comme de raison, dans chaque cas donné, suivant le plus ou moins d'abondance de la sérosité amassée, le plus ou moins de rapidité que cette masse liquide met à se produire, et le plus ou moins de résistance des organes qui la contiennent et qu'elle comprime.

B. Quant aux symptômes généraux, il n'y en a aucun qui soit nécessairement lié aux premiers développemens d'une hydropisie. S'ils se montrent dès lors, ils dépendent principalement, j'allais dire exclusivement, des maladies protopathiques sous l'influence desquelles l'hydropisie, comme nous allons le voir tout-à-l'heure (887), a coutume de se produire. Plus tard, il est vrai, ils peuvent être dus, en partie au moins, à la compression considérable que subissent certains organes d'une grande importance. La soif des hydropiques, cette soif ardente et inextinguible tant citée et que les poëtes anciens, surtout, se plaisaient à prendre pour symbole des passions insatiables (*Quò plus sunt potæ, plus sitiuntur aquæ*, disait Ovide) ; eh bien, il faut le dire, ce n'est pas l'un

symptôme constant, même en ne prenant que les cas d'ascite et d'hydropisie générale, dans lesquels, sans aucun doute, un tel tourment n'avait frappé à un si haut point l'attention de l'antiquité que parce qu'une des médications les plus employées alors était la diète sèche, ou privation presque absolue de toute espèce de boisson.

C. Quelques auteurs, et notamment M. Breschet, ont distingué les hydropisies en actives ou sthéniques, et en passives ou asthéniques, selon que le développement de ces affections se fait d'une manière rapide et, comme on dit, aiguë, et avec certains symptômes d'irritation locale et de réaction fébrile, — ou bien, au contraire, par une marche lente, et sans aucuns phénomènes d'hyperémie sthénique (177 — et 179. A.), encore bien moins d'inflammation, de la part des organes qui deviennent le siége de l'accumulation séreuse. Mais cette distinction est fort souvent très difficile à appliquer dans la pratique; si, dans certains cas, elle trouve parfaitement sa place, et fournit des indications thérapeutiques très précieuses, force est bien, après tout, de reconnaître qu'elle n'embrasse point avec une rigoureuse exactitude, sous les deux chefs de classification qui la constituent, toutes les formes symptomatiques, toutes les variétés des divers genres d'hydropisie.

D. Rien de plus variable que la durée des hydropisies. Quelques unes viennent à peine de naître qu'elles disparaissent, ou qu'elles tuent: en peu de jours tout est fini. D'autres fois, et c'est même là le cas le plus ordinaire, une hydropisie dure plusieurs mois, et même des années entières.

E. L'œdème des malléoles, d'abord léger et disparaissant par le décubitus, puis devenant de jour en jour plus prononcé et plus persistant, voilà toujours ou presque toujours le prélude par où s'ouvre la marche de l'hydropisie générale; voilà le symptôme prodromique qui devance tous les autres, ou, si l'on aime mieux, voilà le premier degré de la maladie. Ensuite, dans un laps de temps plus ou moins rapide, l'œdème gagne les jambes et les cuisses; l'ascite se manifeste par l'intumescence du ventre et par le flot du liquide; le corps entier s'infiltre de sérosité; l'hydrothorax se mêle de la partie, etc., etc.

F. Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, on voit une hydropisie disparaître complétement et tout d'un coup, par une véritable crise (54), à la suite d'une diarrhée ou d'une entérorrhée séreuses, d'une sueur excessive, ou d'urines aqueuses et abondantes.

G. Soit de la façon rapide qui précède (F.), soit d'une façon lente et graduelle, il se peut que l'hydropisie disparaisse, lors même qu'elle est symptomatique d'un vice organique incurable. Mais ce n'est là qu'une disparition passagère. Au bout d'un certain temps, en pareil cas, l'hydropisie reparaît. Elle peut même cesser et reparaître ainsi à plusieurs

reprises. L'école de Cos avait bien reconnu, comme je l'ai déjà remarqué (877), tout ce qu'a de sinistre et de funeste la récidive d'une hydropisie générale. Mais surtout il est bien rare qu'à la deuxième récidive l'hydropisie puisse disparaître encore, ou seulement, même, présenter un mouvement rétrograde, une diminution considérable.

H. L'hydropisie générale une fois établie et confirmée irrévocablement, la mort même, abstraction faite des complications intercurrentes qui parfois la précipitent, peut survenir, soit par les progrès toujours croissans du vice organique dont l'hydropisie est le symptôme, soit par quelque accident plus ou moins naturellement lié à l'existence même de l'hydropisie, tel qu'un paratrime coccygien gangréneux (316. C.), l'apnée par hydrothorax, l'apoplexie séreuse (phénomènes comateux de l'hydrocéphale), etc.

885. *Esquisse physique et chimique de la sérosité des hydropisies.* — Laissons de côté les cas dans lesquels la collection séreuse est lactescente ou mêlée de flocons pseudo-membraneux; car, alors, nous avons devant les yeux un fait complexe où l'inflammation a joué un rôle, et qui porte plutôt le nom d'épanchement phlegmasique que d'hydropisie proprement dite. Laissons aussi de côté les cas dans lesquels la collection séreuse est colorée en rouge par suite de l'intervention accidentelle, et d'ailleurs assez rare, d'une diapédèse hémorragique. Eh bien, dans ce qu'on peut nommer une hydropisie pure et simple, que trouve-t-on? un liquide limpide, transparent, et fort semblable au sérum du sang.

Tantôt à peine incolore, tantôt d'une couleur légèrement citrine, ce liquide est de l'eau contenant en dissolution une plus ou moins grande quantité d'albumine, plus, quelques traces des différens sels du sang (sulfates, phosphates et chlorures): aussi, comme le sérum du sang, il verdit le sirop de violettes, donne un coagulum par la chaleur, l'alcool ou l'acide azotique, noircit l'argent et précipite l'eau de chaux. Seulement, notons-le bien, l'eau existe là en proportions toujours plus considérables que dans le sérum du sang; toujours pour plus des neuf dixièmes et quelquefois même pour à peu près les quatre-vingt-dix-neuf centièmes du poids total, à ce que nous assurent les chimistes. Quant à la proportion de l'albumine, elle offre là de très grandes variations, mais en restant toujours au-dessous de la moyenne qui la représente dans le sérum du sang normal, c'est-à-dire au-dessous de 68 pour 1000 (74). C'est ce qui résulte, suivant le témoignage de M. Andral (*loc. cit.*, p. 160), de vingt-deux analyses faites sur la sérosité de divers genres d'hydropisie : le minimum a été de 4 pour 1000, et le maximum de 59 (dans la sérosité fournie par la ponction d'une hydrocèle). Et, toujours d'après les mêmes recherches de M. Andral, il reste prouvé que ni le siége de l'hydropisie, ni les conditions organiques particulières aux-

quelles elle doit d'exister, n'ont aucune part d'influence dans les variations de la quantité d'albumine. Mais il n'en est pas de même de l'état de vigueur ou de débilité que présente la constitution du sujet; car, en général, les collections séreuses ont fourni à l'analyse une quantité d'autant plus grande du principe en question que les forces de la vie se montraient en meilleur état. Un fait non moins remarquable, et que M. Andral nous signale, c'est que, dans le cas où, chez un même individu, plusieurs collections séreuses existent à la fois en diverses parties du corps, elles peuvent différer considérablement les unes des autres sous le rapport de la proportion d'albumine qu'elles contiennent.

Dans quelques cas où les malades étaient atteints d'ictère, la collection séreuse s'est présentée avec une teinte jaune très prononcée, dont l'analyse chimique rend parfaitement raison en constatant la présence de la matière colorante de la bile. Dans d'autres cas, assure-t-on, il se serait trouvé des collections séreuses qui tenaient en dissolution une certaine proportion d'acide urique. Si ce dernier point est vrai, il reste encore à savoir en vertu de quelle influence particulière aurait lieu un semblable phénomène.

886. *Double manière de concevoir la nature intime du mécanisme pathogénique suivant lequel s'opère l'accumulation de la sérosité.*— Il est évident que la cause prochaine des hydropisies proprement dites est un défaut d'équilibre entre l'exhalation et la résorption du fluide séreux qui, à l'état normal, existe en fort petite quantité, et plutôt sous forme de vapeur que sous forme liquide, dans la cavité des membranes séreuses et dans les vacuoles du tissu cellulaire. Mais il est évident aussi que ce défaut d'équilibre peut avoir lieu de deux manières, savoir : 1° par une exhalation plus considérable de sérosité, en un mot, par supersécrétion ; 2° par l'inertie et l'insuffisance de l'absorption, l'exhalation n'ayant pas augmenté, mais continuant de se faire dans les proportions normales. Et l'on peut même fort bien concevoir et admettre un mode mixte où l'hydropisie serait due tout à la fois à l'activité extraordinaire de l'exhalation et à la paralysie, s'il est permis de parler ainsi, de la faculté de résorption.

C'est de ce point de vue pathogénique qu'il serait assez naturel de consacrer une distinction scolastique fort célèbre, celle qui divise les hydropisies en actives et en passives. Dans le premier mode, nous consentons volontiers à voir les hydropisies actives; dans le second, les hydropisies passives. C'est là, il faut l'avouer, une base plus rationnelle et plus solide pour cette distinction que le point de vue symptomatologique sur lequel certains auteurs se sont appuyés (884. C.). Mais, après tout, si en théorie le principe auquel nous souscrivons est inattaquable, il ne présente non plus qu'un intérêt fort médiocre pour la pratique;

tant nous rencontrons de difficultés et de doutes, dans l'application particulière, pour déterminer quels sont les cas où la supersécrétion séreuse est la cause du mal, quels sont ceux où l'absorption manque à son rôle !

Quittons donc ces subtilités pathogéniques, bien moins faites pour intéresser les praticiens que pour fournir une vaine pâture aux ergoteurs, et tournons-nous vers la recherche, beaucoup plus positive, beaucoup plus fructueuse, des causes éloignées qui amènent cette rupture d'équilibre, de quelque façon que ce soit, entre la sécrétion et l'absorption de la sérosité.

887. *Coup d'œil concernant les affections protopathiques par l'effet desquelles les hydropisies proprement dites peuvent exister.* — A. Après l'inflammation, qui, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique, est une cause journalière d'épanchement, entièrement ou presque entièrement séreux, après cet élément essentiel de ce que nous nommons les hydrophlegmasies, qui n'ont guère besoin d'occuper ici notre attention et dont nous devons faire à peu près abstraction (882), il nous reste à proclamer, à titre de causes authentiquement constatées, unanimement reconnues dans la pathogénie des hydropisies proprement dites, les deux circonstances principales que voici : 1° une gêne quelconque survenue à la circulation du sang dans les veines ; 2° une diminution de l'albumine dans la crase du sang.

α. La *gêne de la circulation veineuse* est la cause de l'hydropisie dans un très grand nombre de cas. C'est ce que démontrent, surtout avec la plus grande évidence, les hydropisies partielles ou locales qui se produisent si fréquemment par suite de l'obstruction, de l'oblitération ou de la compression d'une des branches principales du système veineux. Ce point de pathogénie, déjà reconnu et professé par Boerhaave, Van Swieten, Morgagni et beaucoup d'autres auteurs du XVIIe et du XVIIIe siècle, a été particulièrement remis en lumière dans ces derniers temps par les recherches et les observations de MM. Rayer, Bouillaud et Reynaud. Ainsi, par exemple, quand la veine porte s'oblitère, quand elle est comprimée par une tumeur quelconque, une ascite se développe. Ainsi M. Prus a vu un cas remarquable d'œdème des membres abdominaux, dû à la compression que la veine cave inférieure subissait de la part d'un ganglion engorgé et induré (*Revue médicale*, avril 1834). Ainsi, M. Chomel a eu, à sa clinique, l'occasion d'observer le fait, assurément beaucoup plus remarquable et beaucoup plus rare, d'un œdème qui n'occupait que la partie supérieure du tronc, et qui était, comme l'autopsie le découvrit, un résultat de la compression qu'une tumeur cachée dans l'intérieur de la poitrine exerçait sur la veine cave supérieure (*Gazette des médecins praticiens*, année 1840, p. 90). Et,

si le lecteur veut consulter les auteurs indiqués dans la bibliographie du présent article, combien de faits du même genre ne lui sera-t-il pas facile de rassembler? Quand un membre, malgré l'oblitération de la veine principale, n'est point atteint d'œdème, il doit un si heureux privilége à l'établissement d'une circulation collatérale, à la dilatation des veines accessoires. C'est, sans le moindre doute, à la gêne de la circulation veineuse qu'il faut rapporter les ascites symptomatiques de certains vices chroniques du foie (induration, cirrhose, etc.); car, en semblable circonstance, les ramifications de la veine porte doivent se trouver comprimées, amoindries, rétrécies, de manière, en un mot, que le foie ne présente plus le même degré de perméabilité au sang qui lui est apporté par ladite veine. Pareillement encore, à l'égard des cas dans lesquels l'œdème des membres abdominaux et l'ascite surviennent en complication avec ces rates énormes et dures qu'il est si ordinaire d'observer à la suite des fièvres intermittentes de long cours, tout porte à croire que les phénomènes d'hydropisie ont pour cause, du moins en général, l'entrave apportée à la circulation abdominale par la masse du viscère hypertrophié, qui ne peut moins faire que de produire, de près ou de loin, directement ou médiatement, la compression d'une ou plusieurs veines importantes. Enfin, quand le système tout entier de la circulation éprouve une gêne habituelle et considérable, quand le retour du sang veineux dans le cœur ne s'opère plus que d'une façon difficile, irrégulière, tumultueuse, par suite d'un vice organique de ce moteur central de l'appareil circulatoire, par suite d'une hydropéricardite, ou par suite d'adhérences du péricarde (603. F.), etc., c'est là l'origine d'une hydropisie générale, ou, pour mieux dire, d'une hydropisie qui tôt ou tard se montre telle, mais dont les premières manifestations consistent dans l'œdème des membres inférieurs et dans l'ascite. Au surplus, rien n'est plus facile à expliquer que ce rapport de cause à effet qui se montre si manifestement entre la gêne de la circulation veineuse et le développement des hydropisies; car, dès que les veines se trouvent engouées et distendues outre mesure par le sang qui n'y peut plus cheminer librement, il est clair que l'absorption dont elles sont, comme on sait, le principal instrument, ne doit pas continuer de s'accomplir avec la même activité qu'auparavant, sans compter que, par la même raison, la transsudation de la partie séreuse du sang à travers les pores du système capillaire devient nécessairement beaucoup plus abondante.

€. La *diminution de l'albumine du sang* est une cause incontestable d'anasarque et d'ascite, ou, disons mieux, d'hydropisie générale. C'est ce qu'on a, par malheur, trop souvent occasion de vérifier dans le cours de la pratique; vérification très facile à établir, en examinant les

urines par la chaleur ou par l'acide azotique. Car, en règle générale, à cette diminution de l'albumine dans la crâse du sang correspond l'albuminurie, comme symptôme pathognomonique et qui se produit dans des proportions précisément corrélatives. Voilà un principe certain, irrévocablement acquis à la science, abstraction faite des doutes et des controverses que soulève encore la question de savoir si l'albuminurie est elle-même cause ou effet par rapport à l'altération du sang, — si le nom et la doctrine de la néphrite albumineuse (673) sont bien l'exacte expression d'une réalité fréquente, — si la sécrétion rénale, effectivement, n'enlève au sang son albumine que parce que le rein est enflammé, altéré, incapable de fonctionner comme à l'ordinaire, — ou bien si, au contraire, dans certains cas, peut-être infiniment plus nombreux que ne se l'imaginent les pathologistes qui ont embrassé avec ardeur les idées du docteur Bright, les reins, sans être eux-mêmes malades le moins du monde, sécrètent une urine albumineuse par suite d'une détérioration protopathique du sang, qui laisserait alors échapper l'albumine à travers les couloirs de ces glandes, de la même façon, en un mot, qu'il laisse transsuder en abondance une sérosité albumineuse dans les vacuoles du tissu cellulaire et dans les cavités des membranes séreuses. Quoi qu'il en soit, de toutes les altérations du sang jusqu'à présent connues et appréciables, le déficit de l'albumine est la seule à laquelle nous soyons obligés de reconnaître une puissance réelle, un rôle véritablement grand et important dans la pathogénie de l'hydropisie.

γ. Dans bien des cas, l'hydropisie a une double origine, et se montre produite par la réunion des deux conditions pathogéniques qui précèdent (α et β). Il n'est pas rare, en effet, dans la pratique des hôpitaux comme dans celle de la ville, de rencontrer des sujets hydropiques qui présentent tout à la fois les symptômes d'une cardiopathie grave et un degré plus ou moins considérable d'albuminurie.

B. Autrefois le système lymphatique, considéré depuis sa découverte, par la plupart des physiologistes, comme l'agent exclusif de l'absorption, était censé avoir, par conséquent, un rôle très considérable dans la pathogénie des hydropisies; à tel point, par exemple, que Pinel, s'appuyant sur l'autorité des Mascagni, des Cruikshank, etc., classait les hydropisies sous le titre de *Lésions organiques particulières du système lymphatique* (*Nosogr. philos.*, V^e classe, IIe ordre, IIe sous-ordre. — Voyez n° 66). On enseignait que ces maladies pouvaient être produites, soit par le fait de quelque empêchement mécanique, de quelque obstacle matériel à la libre circulation de la lymphe, soit par l'affaiblissement et l'inertie des propriétés vitales attribuées aux vaisseaux lymphatiques, qu'on ne se faisait pas scrupule d'appeler vaisseaux absorbans

par excellence et à l'exclusion des veines. On se complaisait à proclamer ce cas d'ascite où, suivant le témoignage d'un certain docteur de Leyde, l'autopsie fit découvrir un calcul qui obstruait le réservoir de Pecquet, mais qui n'était peut-être, quoi qu'on en ait dit, rien moins que digne d'être accusé d'une coopération quelconque à la production de l'hydropisie (SCHERB. *Diss. de calculo in chyli receptaculo, singulari hydropis caussa.* Leyde, 1729. — Cité par Ploucquet, art. *Calculus*). On ne manquait pas, surtout, de mettre en avant ces quelques cas, et certes ils ne sont pas des plus rares, dans lesquels, avec un œdème des membres inférieurs ou avec une ascite, on trouve des ganglions inguinaux ou des ganglions mésentériques devenus extraordinairement volumineux et durs; et l'on ne songeait guère alors à constater si la veine porte, la veine cave inférieure, les veines iliaques ou crurales étaient comprimées par ces ganglions, encore bien moins à poser la question de savoir si le sang était appauvri en albumine. Mais la doctrine qui imputait au système lymphatique l'origine des hydropisies est aujourd'hui abandonnée. Et c'est avec raison; car il est constant qu'on ne voit généralement pas d'œdème et d'ascite dans les cas où les principaux vaisseaux du système lymphatique se trouvent oblitérés ou détruits, ni même après la ligature du canal thoracique sur les animaux.

C. Ni la pléthore ni l'anémie, telles que nous les avons définies (153 et 162), n'ont par elles-mêmes, à ce qu'il nous paraît du moins, la puissance de produire une hydropisie. Et cependant nos devanciers n'hésitaient pas à invoquer, pour l'explication de certaines hydropisies, tantôt la pléthore, tantôt l'appauvrissement du sang (ainsi disaient-ils, suivant une expression vulgaire mais énergique et pittoresque, pour désigner la proportion excessive du sérum, en un mot, notre anémie.)

α. Relativement à la pléthore, on ne se faisait aucune difficulté de professer en théorie que c'était là une condition éminemment propre à amener le développement des hydropisies, soit par la transsudation abondante du sérum à travers les parois trop distendues des vaisseaux, soit par l'impossibilité de l'absorption dans une telle condition du système vasculaire. Et l'expérience elle-même semblait venir à l'appui de cette théorie; car, dans le cours de la pratique, il se rencontre effectivement quelques cas où l'on voit des personnes pléthoriques tomber en proie, par exemple, à une anasarque aiguë, et guérir rapidement par la saignée. Dans ces derniers temps, on a beaucoup cité comme un argument décisif les belles expériences de M. Magendie sur les animaux dans les veines desquels ce savant physiologiste injectait une quantité considérable d'eau : à peine a-t-on ainsi augmenté la masse du liquide sanguin, qu'aussitôt il se forme des épanchemens séreux et l'absorption cesse de s'accomplir; saignez, les épanchemens dispa-

raissent et l'absorption reprend son activité normale. Mais, après tout, sachons-le bien, étendre ainsi avec de l'eau le sang d'un animal, ce n'est point là, certes, produire artificiellement les conditions de la véritable pléthore; c'est diminuer sur l'heure dans la masse du sang la quantité proportionnelle de tous les principes organiques, et par conséquent de l'albumine ni plus ni moins que de la fibrine et des globules; c'est donc, à raison même de cette diminution relative de l'albumine, procurer au sang la condition particulière que nous avons reconnue comme une origine incontestable de l'hydropisie (A. 6). Ce n'est pas à dire pour cela, maintenant, que nous prétendions nous inscrire en faux contre certains cas de pratique attestés par les meilleurs observateurs. Nous ne songeons pas à nier, par exemple, que des individus pléthoriques aient été atteints d'une anasarque aiguë, ni que la saignée ait été un remède efficace en pareille circonstance. Loin de là; mais, plutôt que d'attribuer à la pléthore, et rien qu'à la pléthore, un accident qui ne vient s'y surajouter que rarement, pourquoi donc ne pas conclure qu'il y a eu là quelque condition pathogénique de plus? Pourquoi ne pas voir là un de ces cas que la science de notre époque est parvenue à bien distinguer et à bien reconnaître, — de ces cas, veux-je dire, dans lesquels il y a diminution de l'albumine du sang avec albuminurie, et que nous avons déjà classés et envisagés sous le titre de néphrite albumineuse aiguë (6.)? Tout-à-l'heure, au surplus, nous reviendrons encore sur ce point.

6. A l'égard des individus qui deviennent hydropiques après des hémorragies répétées ou des saignées excessives, après de longues et interminables diarrhées, par suite de maladies quelconques traitées à l'aide d'une diète rigoureuse et continuelle, ou bien sous la seule influence d'une alimentation insuffisante, nos devanciers, qui ne manquaient pas de reconnaître là un appauvrissement du sang, se bornaient à accuser la proportion excessive du sérum, ou, comme nous dirions aujourd'hui, l'anémie. Or, il ne paraît pas que l'anémie seule, que la seule diminution de la partie globulaire du sang, avec augmentation proportionnelle de la partie séreuse, mais sans déficit notable de l'albumine, puisse jamais produire une hydropisie générale. Il y a tout au plus, en pareil cas, un certain degré d'œdème aux pieds et à l'entour des malléoles (164. D.), phénomène qui rentre tout-à-fait dans la catégorie des œdèmes imputables à la gêne de la circulation veineuse; car, dans l'anémie, l'impulsion du cœur, devenue moins forte, moins énergique, ne peut plus vaincre d'une façon complète la difficulté naturelle qu'a le sang à remonter dans les veines des membres abdominaux contre l'action de la pesanteur. En ce qui concerne particulièrement ces hydropisies qu'on a vues régner à titre de fléau endémique comme la plus

haute expression et le dernier terme de l'anémie cacotrophique (167. A. 6.), dans certains temps de disette, et notamment en 1816, cette année de désastreuse mémoire, où la misère de quelques uns de nos départemens fut poussée à tel point que nombre de gens n'eurent, pour se nourrir, pas d'autre ressource que d'aller dans les champs à la recherche de racines et d'herbes sauvages qu'ils faisaient cuire tant bien que mal (voyez le mémoire de M. Gaspard, dans le *Journal de physiologie expérimentale*) : nous nous rangeons tout-à-fait à l'opinion de M. Andral, qui n'hésite pas à dire que ces hydropisies-là étaient liées à la diminution de l'albumine du sang. En effet, ce professeur, ayant analysé le sang de moutons qui étaient devenus hydropiques dans des lieux humides et sous l'influence de mauvais pâturages, y a trouvé que l'albumine était descendue fort au-dessous de la porportion normale; et, chose bien digne de remarque, c'est que plusieurs fois, assure-t-il, cette diminution de l'albumine existait sans qu'il y eût dans les reins ni granulations ni aucune trace d'inflammation, et sans que l'albuminurie se fût montrée auparavant et pût ainsi être invoquée comme l'origine de l'altération du sang. Bref, en définitive, il est évident que non seulement dans l'anémie cacotrophique, mais aussi dans toutes les autres espèces d'anémie, le sang, déjà pauvre de globules, peut encore s'appauvrir en albumine, et de là le développement d'une hydropisie générale.

D. On a aussi accusé, comme autant de causes d'hydropisie, certaines cachexies, savoir : le scorbut, la syphilis constitutionnelle et la cachexie cancéreuse. A ce compte, il faudrait donc pareillement accuser la phthisie pulmonaire. Celle-ci, à la vérité, se montre bien moins souvent accompagnée d'hydropisie partielle ou générale que ces cachexies-là ; mais enfin elle se complique quelquefois de ce fâcheux accompagnement. Eh bien, en semblable circonstance, je dois le dire, non seulement pour ce qui regarde la phthisie pulmonaire, mais à l'égard de toutes les cachexies précitées, il est bien plus naturel d'admettre, et presque toujours il est facile de constater l'intervention accidentelle de quelqu'une des conditions pathogéniques les plus ordinaires et les plus incontestables de l'hydropisie ; chez les uns, par exemple, l'albuminurie ; chez les autres, l'oblitération d'une veine principale par suite de phlébite, ou sa compression par un ganglion induré, par une masse cancéreuse, etc.

E. La suppression de sécrétions soit naturelles, soit artificielles, soit pathologiques, est signalée par la plupart des auteurs comme une circonstance des plus propres à causer le développement des hydropisies. La sueur s'arrête-t-elle sous le coup d'un brusque refroidissement; au déclin de la rougeole et surtout de la scarlatine, la perspiration cutanée, déjà entravée par la desquamation de l'épiderme, vient-elle à être con-

trariée encore davantage par l'influence du froid et de l'humidité; un exutoire ancien est-il fermé subitement et sans précaution ; le flux menstruel ou hémorroïdal est-il imprudemment interrompu ; un exanthème aigu ou chronique est-il répercuté ; etc., etc. : voilà, dit-on, autant de causes d'hydropisie. Et l'on a raison, incontestablement raison, si l'on ne veut voir là que des causes occasionnelles banales (84). Mais que penser de la doctrine qui suppose qu'en pareille circonstance l'hydropisie pourrait s'établir sans l'intermédiaire d'une inflammation, ou d'un défaut d'albumine dans la crâse du sang, mais directement par une sorte de sécrétion supplémentaire dont le siége particulier, ici plutôt que là, — dans le péritoine, par exemple, plutôt que dans la plèvre — s'expliquerait par l'existence de quelque prédisposition antécédente? Que penser, en un mot, des hydropisies par irritation sécrétoire pure et simple? Sont-elles une réalité ou bien une fiction systématique ? Il me semblerait téméraire de les nier absolument. Mais toujours est-il, au moins, qu'elles doivent être excessivement rares. Il n'est pas permis aujourd'hui d'ignorer que dans beaucoup de cas, peut-être même dans tous les cas, les hydropisies brusquement survenues sous l'influence d'un refroidissement, soit au milieu d'une santé florissante, soit pendant la période de desquamation des fièvres éruptives, se montrent liées à l'albuminurie. Un des exemples les plus remarquables que nous puissions citer en ce genre, est celui qui se trouve raconté par M. Andral (*loc. cit.* p. 157). Mais, au surplus, quel praticien, d'entre ceux qui se font une règle d'interroger la composition chimique des urines de leurs malades, n'a pas rencontré des faits semblables ?

F. De tout ce qui précède, il résulte donc, en définitive, que les causes ordinaires, et, je dirai plus, les seules vraiment incontestables du développement des hydropisies sont les trois conditions protopathiques qui suivent, savoir : 1° inflammation ; 2° gêne de la circulation veineuse ; 3° déficit d'albumine dans le sang. C'est dire, du même coup, que l'existence des hydropisies idiopathiques est inconnue et, il faut l'avouer, plus que douteuse. Mais était-ce là une raison pour ne plus accorder aux hydropisies proprement dites leur rang à part dans les cadres de la nosographie ? Fallait-il donc, au mépris de la tradition, défaire en quelque sorte cette tribu nosographique ? En d'autres termes, fallait-il en éparpiller çà et là l'étude? fallait-il entièrement subordonner cette étude aux divers genres de vices matériels protopathiques que l'hydropisie vient plus ou moins fréquemment compliquer à titre deutéropathique et symptomatique? Je ne l'ai pas cru à propos, et voici pourquoi : 1° parce qu'après tout, le dernier mot de la science n'est pas encore dit sur la question du développement idiopathique de ces hydropisies par une irritation purement sécrétoire ou par quelque autre mode, et qu'un

tel fait, encore bien que rare, n'est peut-être pas absolument impossible; 2° parce que l'on ne saurait nier combien il y a d'intérêt et d'utilité à envisager ces hydropisies sous un point de vue commun et général; 3° parce que l'hydropisie, prise en elle-même, est un vice matériel se caractérisant par un ensemble de phénomènes anatomiques et morbides qui lui sont propres, et voulant d'ordinaire un traitement spécial, indépendamment des indications que fournit la cause première du mal; c'est presque toujours, c'est toujours, si l'on veut, une maladie symptomatique (97. D. 6.), mais c'est une maladie vraiment à part; 4° enfin, parce que la qualité de maladie symptomatique n'a en soi rien qui détruise la légitimité d'un genre nosographique, à telles enseignes même que la plupart des maladies revêtent tour à tour cette qualité les unes par rapport aux autres, et que, dans un très grand nombre de cas, par exemple, l'anémie, les hyperémies, les hémorragies, les inflammations, etc., ne sont que symptomatiques; tant il est vrai que les désordres pathologiques, autant et plus encore que les fonctions physiologiques, s'enroulent et s'enchevêtrent de manière à déjouer tous les efforts que fait la science pour établir une classification irréprochable!

888. *Quelques mots de séméiotique.* — A. Le diagnostic a ici deux devoirs: 1° constater l'hydropisie; 2° apprécier les conditions pathogéniques en vertu desquelles cette hydropisie existe. Le premier point n'offre généralement pas de grandes difficultés: souvent même il arrive que l'hydropisie se fasse reconnaître au premier coup d'œil; tant concourent à la rendre visible et saillante les symptômes fonctionnels, l'aspect d l'habitude extérieure, et les phénomènes révélés par la percussion et la palpation! Quant au second point, il ne laisse pas que d'être assez fréquemment la pierre d'achoppement où viennent broncher le savoir le plus profond et la sagacité la plus consommée. Non pas que nous ne puissions, bien des fois aussi, réussir à déterminer précisément le principe du mal, en nous reportant aux symptômes dont l'hydropisie a été précédée, et à la marche qu'elle a suivie dans ses envahissemens successifs, — en observant attentivement tous les phénomènes, toutes les circonstances du drame morbide, — et notamment en ayant soin d'examiner l'état du cœur et d'interroger la composition chimique des urines. Il est de règle, peut-être sans exception, qu'une hydropisie qui est ou doit être générale se montre liée à une cardiopathie grave ou à l'albuminurie; quelquefois même ces deux conditions existent toutes deux en même temps.

B. Le pronostic des hydropisies est principalement subordonné: 1° à l'importance physiologique de leur siége; 2° à leur étendue et à leur degré de développement; 3° à la nature et à la gravité des vices protopathiques qui les produisent et les entretiennent; 4° enfin, au nombre

de leurs récidives (877). Gardons-nous bien, surtout, de proclamer avec trop de hâte le malade guéri et sauvé, aussitôt que survient une diminution ou une brusque disparition de l'hydropisie. Autrement, c'est nous exposer à de fréquens et humilians mécomptes. Attendons, pour nous prononcer, que l'état général du malade soit décidément en voie d'amélioration. Car, quelquefois, par exemple, une ascite n'a disparu rapidement que pour être remplacée par des accidens cérébraux, par une *apoplexie séreuse*, en un mot, par une sorte d'hydrocéphale métastatique presque inévitablement mortelle. Et il n'est pas du tout rare que, dans les derniers jours des maladies du cœur ou de la maladie de Bright, l'anasarque et les divers épanchemens séreux diminuent plutôt que d'aller en augmentant.

889. *Thérapeutique.* — Bornons-nous à esquisser les deux indications fondamentales qui suivent.

A. *Combattre l'affection essentielle et protopathique à laquelle l'hydropisie est subordonnée :* c'est-à-dire que, tantôt, notre devoir sera de lutter contre une phlegmasie séreuse, par le moyen des émissions sanguines, de la révulsion cutanée, de la mercurialisation, etc. ; tantôt, de déterminer l'adhérence intérieure d'une membrane séreuse, — de la tunique vaginale, par exemple, en cas d'hydrocèle, — ou bien d'une synoviale articulaire en cas d'hydrarthrose, ou d'une synoviale souscutanée en cas d'hygroma, etc., à l'aide d'injections irritantes (291), et notamment avec la teinture d'iode, préconisée à si juste titre dans ces derniers temps par M. Velpeau ; quelquefois, d'anéantir ou du moins d'atténuer ce qui fait obstacle au libre cours du sang, d'attaquer, par exemple, les maladies du cœur par la saignée, la digitale et autres remèdes convenables, de résoudre ou d'extirper une tumeur placée sur le trajet d'une veine importante, etc., etc. ; d'autres fois, enfin, de diriger contre la maladie de Bright tous les efforts de l'art (679).

B. *Pourvoir à l'évacuation de la sérosité amassée :* soit d'une façon directe ou immanquable, par voie de ponctions ou d'incisions ; soit d'une façon indirecte, — et à la condition d'une résorption préalable, hélas ! il faut le dire, fort variable et fort incertaine, — par l'emploi longtemps soutenu des diverses ressources de ce qu'on nomme la médecine évacuante, en d'autres termes, par les purgations, par la diurèse, par les sueurs et autres supersécrétions des émonctoires naturels de l'économie. A la vérité, par malheur, tout cela n'est le plus souvent que de la thérapeutique palliative, et les pauvres malades n'en retirent qu'un soulagement momentané. Cependant, il faut aussi le reconnaître, les fastes de l'art font foi que de loin en loin quelques cures radicales ont pu être ainsi obtenues, sans doute dans des circonstances tout exceptionnelles et que la science actuelle est incapable de déterminer, mais qu'il est tou-

jours permis d'espérer là où le diagnostic n'accuse pas péremptoirement l'existence d'une affection insurmontable à tous nos remèdes.

α. Les *incisions* sont utiles pour donner issue à la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire sous-cutané. On ne doit, du reste, y avoir recours que lorsque l'œdème est devenu excessif, lorsqu'il distend douloureusement la peau. Par là, on soulage beaucoup le malade ; et l'on prévient le développement de l'*Erythème lisse* (316. E.), épiphénomène toujours fâcheux et qui ne tourne que trop souvent à la gangrène. Bien des praticiens ne se permettent que ces incisions légères, superficielles, faites avec la pointe d'une lancette, et qui labourent seulement le derme sans le diviser, en un mot, les mouchetures : au besoin, ils les multiplient. D'autres, et je suis de ce nombre, ne craignent pas, dans certains cas, de faire avec le bistouri une ou deux incisions, longues de un à deux centimètres, et qui intéressent toute l'épaisseur de la peau, plutôt que de multiplier les mouchetures : c'est surtout près des malléoles et à la partie interne du genou qu'on pratique de telles incisions.

β. La *ponction*, exécutée avec les instrumens et selon les procédés appropriés à la diversité des cas, est l'opération qui convient pour vider les cavités occupées par un épanchement plus ou moins abondant de sérosité. Elle rend des services précieux en cas d'ascite, d'hydrocèle, d'hydrothorax, d'hygroma, etc., etc.

γ. De toutes les médications évacuantes, la *purgation* est assurément celle qui, en général, a le plus d'efficacité et le moins d'inconvéniens pour la cure des hydropisies. Toutes les fois que l'état du tube digestif ne contre-indique pas cette médicamentation, exploitons-la, insistons-y. Il faut purger très fort et très souvent, — tous les deux ou trois jours, par exemple, — dans les cas où le diagnostic ne recèle pas un vice matériel tout-à-fait incurable, en présence duquel l'énergie et la continuité d'un traitement purgatif ne feraient qu'accroître l'affaiblissement, et que hâter la fatale issue. Le sage Sydenham ne craignait pas (*op. cit.*) d'employer l'élatérium, et même le *crocus metallorum*, ce drastique antimonial d'une si violente activité, qui aujourd'hui n'est plus de mise que dans la médecine vétérinaire. Il nous raconte qu'étant encore tout nouveau praticien, il guérit d'une ascite une dame de Westminster avec une once de sirop de nerprun (*sirup. de spina cervina*) par jour ; que, tout enorgueilli de ce premier succès, *fiducia plane juvenili atque hominis inexperti*, il croyait posséder un remède propre à dompter toutes les hydropisies ; mais qu'ayant infructueusement commencé ainsi le traitement d'une autre femme hydropique, il fut congédié, et apprit plus tard que cette femme avait guéri, entre les mains d'un autre médecin, sous l'influence de remèdes plus efficaces. Ce sont donc les drastiques, ou tout au moins les quasi-drastiques (132. G. x.), que nous

devons administrer contre les hydropisies ; ce sont là, pour parler comme les anciens, les hydragogues par excellence, entre tous les autres purgatifs. Nous prescrirons donc, par exemple, l'huile de croton tiglium, — la gomme gutte, — le jalap, — le nerprun, — les pilules de Bacher, qui ont pour base l'ellébore noir (on en donne deux à dix par jour), — etc., etc. S'il y a superpurgation, l'opium convient éminemment pour arrêter les évacuations, et un stimulant alcoolique à petite dose est aussi très utile pour réveiller les forces dans l'imminence de la syncope ; Sydenham ne redoutait pas trop de pousser la purgation jusque là, tant il était convaincu que son laudanum était propre à maîtriser les accidens (1) !

δ. L'emploi des *vomitifs* a aussi pour résultat de rendre l'absorption plus active. Il ne laisse donc pas que d'offrir des avantages dans le traitement des hydropisies. Il a parfois de beaux succès, notamment entre les mains de charlatans téméraires, qui ne se font pas scrupule de jouer, comme on dit, le tout pour le tout. Mais, en définitive, reconnaissons-le bien, les vomitifs ne sont pas de nature à être, pendant un long laps de temps, aussi impunément répétés, aussi aisément tolérés que les purgatifs.

ε. La *médicamentation sialagogue* (132. G. ε.) par mercurialisation (frictions ou calomel à haute dose) est une ressource fort peu utilisée, — peut-être, faut-il le dire, trop négligée. Et pourtant, il s'est trouvé de loin en loin des voix sérieuses dans le monde médical pour la préconiser.

ζ. La *médicamentation sudorifique* (132. G. ξ.) a droit d'être ici mise à profit, comme elle l'est, en effet, assez souvent par les meilleurs praticiens. Bains de vapeur, simples ou aromatiques. Flanelle sur la peau. Usage quotidien de la poudre de Dower.

η. Les *diurétiques* (132. G. ρ.) sont aussi un moyen très propre, assurément, à provoquer la résorption de la sérosité. On ne se borne pas, dans ce but, à les administrer à l'intérieur, en tisanes, en potions, en sirops, etc. ; rien de plus ordinaire, par exemple, que d'employer à l'extérieur, soit en frictions, soit par la simple application de compresses, les teintures de scille et de digitale.

θ. Ai-je besoin de dire que les modernes ont laissé dans un juste abandon cette méthode, si célèbre dans l'antiquité, de soumettre les hydropiques à l'abstinence des boissons ? Imposer ainsi à ces malheureux les tourmens de la soif, dans la crainte chimérique que l'hydropisie ne s'aggravât en raison même de la quantité d'eau qu'ils auraient bue,

(1) « Quum laudano non destituatur, certissimo ad hypercatharsin istius modi subitò domandam freno. » Sydenham, *De hydrope.*

était-ce autre chose que les condamner à un martyre aussi inutile que cruel? Martyre tellement insupportable qu'il n'y avait guère de gens, sans doute, qui l'endurassent de leur plein et entier consentement et autrement que par le fait d'une contrainte tyrannique! Et voilà pourquoi Celse a dû émettre cette proposition, au premier abord si étrange et si surprenante, savoir : que l'hydropisie était un mal plus facile à enlever chez les esclaves que chez les hommes libres [1].

§ III. Coup d'œil sommaire sur la deuxième tribu des Hydropisies. (Hydropisies des cavités muqueuses.) — (881. B.)

890. *Remarques générales.* — A. Les hydropisies des cavités muqueuses sont rares. Et cela se comprend sans peine, par la raison toute simple que les cavités muqueuses ne sont pas, comme les cavités séreuses, closes de toutes parts, mais, au contraire, sont naturellement en libre communication avec l'extérieur. Or, tant que subsiste cette condition essentielle de leur structure, ces cavités-là se débarrassent et se vident plus ou moins régulièrement de tout ce que la sécrétion et la supersécrétion y auront versé, sans même que la résorption ait besoin d'intervenir en aucune façon et pour la plus petite part. Pour qu'elles éprouvent un trop-plein qui aille jusqu'à mériter réellement le nom d'hydropisie, il faut donc que les orifices de communication soient préalablement obstrués ou oblitérés d'une manière quelconque : ce qui, après tout, n'est qu'un accident fort exceptionnel. Et, de plus, il est certaines cavités muqueuses qui ne peuvent être fermées que sous peine, pour ainsi dire, d'une prompte mort : et, par conséquent, l'exhalation n'a guère le temps d'y accumuler un excès de sérosité, d'y produire une hydropisie, qui ne serait là, d'ailleurs, qu'un épiphénomène assez insignifiant.

B. En général, notons-le bien (car, assurément, de prime abord et *à priori*, on serait tenté de penser le contraire), le liquide des hydropisies muqueuses diffère peu de la sérosité ordinaire qui constitue les hydropisies de la tribu précédente, ou hydropisies proprement dites, à en juger du moins par les apparences physiques, qui sont absolument les mêmes. Parfois plus ou moins visqueux, plus ou moins trouble, d'autres fois il a l'aspect d'une eau limpide et tout au plus légèrement teinte en jaune citrin.

C. Tandis que les hydropisies du tissu cellulaire et des cavités séreuses se produisent si souvent comme l'effet d'un désordre général de

[1] Facilius in servis quam in liberis tollitur. Celse, *De re med.*, lib. III, cap. II, sect. 10.

l'économie, les hydropisies des cavités muqueuses sont, au contraire, des affections essentiellement locales.

D. Autant que nous pouvons en juger d'après les faits jusqu'à présent connus, et particulièrement d'après tout ce que l'on sait concernant l'hydropisie de la cavité utérine, il ne paraît pas que les hydropisies muqueuses soient aussi susceptibles de disparaître par voie de résorption que le sont les épanchemens des cavités séreuses et les infiltrations du tissu cellulaire. Il semble, en vérité, que la nature, ayant donné aux cavités muqueuses des ouvertures par où elles pussent évacuer leur contenu, les a privées de la faculté d'absorber les produits qui y sont sécrétés. Toujours est-il que les hydropisies muqueuses ne cèdent, ne s'évanouissent jamais, ou presque jamais, sous l'influence, quelque habilement, quelque opiniâtrement maintenue qu'elle soit, des remèdes hydragogues les plus puissans, purgatifs, diurétiques ou autres (889. B. γ—η).

E. Enfin, il est bon de le savoir, c'est le plus ordinairement, c'est même, pourrait-on dire, presque constamment par l'effet d'une inflammation que se produit l'occlusion d'une cavité muqueuse, et, à la suite de cette occlusion, l'accumulation d'un liquide séreux ou séro-purulent. Bien des fois, un travail d'inflammation adhésive (286) aura passé inaperçu et sans symptômes qui aient attiré le moindre degré d'attention. Il se sera borné à établir sourdement une obturation complète dans une très petite étendue, rien qu'au pourtour d'un orifice, rien que sur un point du trajet d'un canal excréteur. Eh bien, en voilà assez pour amener les hydropisies qui font l'objet de ce paragraphe-ci.

891. *Genres principaux de la tribu en question.* — A. *Hydropisie du sinus maxillaire :* dilatant extraordinairement ledit sinus, déformant par là l'os maxillaire supérieur, de manière à produire une tuméfaction plus ou moins hideuse de la joue, et un abaissement plus ou moins prononcé et plus moins incommode de la voûte palatine. Comme diverses opérations ont été proposées pour ouvrir une issue au liquide accumulé dans le sinus, c'est à la *Pathologie chirurgicale* qu'échoit naturellement le devoir d'étudier cette hydropisie-là.

B. *Hydropisie des sinus frontaux :* dévolue également au domaine de la *Pathologie chirurgicale.*

C. *Hydropisie du tympan :* Hydrotite d'Itard, la plus fréquente de toutes les hydropisies muqueuses; la cause la plus ordinaire de la surdité qui vient chez des enfans scrofuleux, atteints de blépharite chronique, et surtout sujets au gonflement des lèvres, à l'impétigo des narines (372. A. α.), à de fréquens retours de coryza et de pharyngite. Au surplus, voilà encore un des lots bien et dûment échus à la *Pathologie chirurgicale.*

D. *Hydronéphrose :* Hydropisie du rein, ou, pour parler avec plus de précision, Hydropisie du bassinet et des calices. Ce sera ci-après le sujet de l'article IX.

E. *Hydromètre :* Hydropisie de la cavité utérine. Ce sera ci-après le sujet de l'article X.

Quant à l'hydropisie de l'estomac, — admise et décrite par Itard (*loc. cit.*, p. 424-6), d'après une observation empruntée aux œuvres de Rivière, et que ce célèbre professeur de Montpellier ne garantit pas comme témoin oculaire, mais qu'il répéta seulement à titre de cas communiqué par je ne sais plus quel médecin de Londres, — je déclare, pour mon compte, que la réalité d'une semblable maladie ne me paraît pas du tout devoir être acceptée comme un fait acquis à la science. Si tant est même que l'observation dont il s'agit ne soit pas complétement mensongère, et que l'imagination et le goût du merveilleux n'en aient pas fait tous les frais, je crains bien, en vérité, qu'il n'y ait eu là, du moins, quelque méprise, quelque appréciation erronée de l'état des choses, de la part d'un observateur peu familier avec les investigations nécroscopiques. Comment concevoir, en effet, le développement d'une hydropisie de l'estomac, sans la double occlusion du cardia et du pylore? Et comment, avec cette double occlusion, concevoir que la vie puisse se prolonger assez pour permettre à ladite hydropisie de se développer?

§ IV. De la troisième tribu des Hydropisies (Hydropisies enkystées). — (881. C.)

Syn. : *Hydrocystis.* — Genre cccxv de la Nosographie de Vogel (66), genre défini comme il suit : *Hydrops saccatus pleuræ, peritonæi, aut visceris abdominalis.*

892. *Comment se forment les kystes?* — (Κύστις, Hipp.; vessie proprement dite. — Puis, dans Galien et d'autres anciens auteurs, Κύστις χοληδόχος, vessie ou vésicule biliaire : tandis que, par opposition à celle-ci, la vessie proprement dite était quelquefois désignée d'une façon spéciale sous le terme de Κύστις οὐροδόχος. — Puis, enfin, par extension, chez les modernes, *Cystis* en latin, et *Kyste* en français, pour dénommer certaines sortes de poches étrangères à l'organisation normale, et qui sont un produit pathologique.) — A ne parler même que des kystes qui contiennent dans leur intérieur une quantité plus ou moins considérable d'un liquide de nature séreuse, et que nous avons droit, par conséquent, de faire rentrer, suivant une revendication assez bien motivée, dans la famille nosographique des hydropisies, il faut reconnaître et poser deux cas principaux, à titre de distinction fondamentale, concernant l'origine de ces poches séreuses ou séro-fibreuses qui peuvent accidentellement survenir dans les diverses

parties du corps, et dont Bichat a si bien prouvé l'analogie avec les membranes séreuses naturelles (*Anat. génér.*, Système cellulaire, art. V, § III. Voir le passage intitulé : *Influence du tissu cellulaire sur la formation des kystes.* — *Ibidem*, Système séreux, art. IV, § III, *Développement accidentel du système séreux*).

Eh bien, donc, en premier lieu, disons que, parmi les kystes dont il s'agit, il y en a qui ne sont, pour ainsi parler, qu'un grossissement pathologique de certaines cavités naturelles, extrêmement petites et à peine appréciables à l'œil nu dans leurs dimensions physiologiques, mais susceptibles de se dilater énormément en se remplissant d'un liquide séreux, à tel point qu'il semble alors que ce soient là effectivement des parties toutes nouvelles, qui aient leur origine tout-à-fait en dehors des conditions de l'organisation normale, et qui se soient formées de toutes pièces. De même que les méliceris, les athérômes, les stéatômes ne sont, au fond, rien autre chose que des follicules sébacés prodigieusement agrandis par suite de l'occlusion de leur orifice; de même, aussi, suivant du moins l'opinion la plus rationnelle, les kystes de l'ovaire doivent être considérés comme le produit d'un développement extraordinaire d'une ou plusieurs vésicules ovariques ; et, remarquons-le sur-le-champ, il est par là fort aisé de comprendre comment il se fait que, de ces kystes-là, les uns soient uniloculaires, et les autres multiloculaires. En résumé, dans le cas qui nous occupe ici, les kystes, ou du moins leurs premiers rudimens préexistent évidemment au travail de sécrétion pathologique, de diapédèse séreuse, en vertu duquel naît et se développe l'hydropisie enkystée.

Maintenant, en second lieu, il faut reconnaître que tous les autres kystes séreux, en plus grand nombre assurément, et sans comparaison, que ceux dont il vient d'être question, sont bien des kystes de nouvelle formation. Tels sont, par exemple, ceux qui, dans l'encéphale, occupent la place d'un foyer hémorragique plus ou moins anciennement disparu par résorption (255. D.). Telles sont aussi les bourses séreuses accidentelles, dont mon collaborateur s'est déjà particulièrement occupé, et dont il a même, dans un tableau *ad hoc*, fait connaître les divers siéges jusqu'ici constatés et authentiquement enregistrés dans les fastes de l'observation. (*Path. chir.*, t. I, chap. XIII, p. 407.) A l'égard de ces kystes séreux de nouvelle formation, il n'est guère permis, après mûre réflexion, d'adopter comme absolument et universellement vraie la thèse que Bichat soutint et mit en crédit, avec le prestige de son immense talent, touchant la difficile et obscure question de leur origine. L'illustre auteur de l'*Anatomie générale* combattit avec force la doctrine, alors régnante, qui consistait à regarder ces kystes comme le résultat *mécanique* d'un refoulement et d'une condensation du tissu cel-

lulaire, c'est-à-dire qui consistait à supposer que la sérosité, se trouvant extravasée par l'effet d'une cause quelconque, et continuant de s'accumuler en vertu de la même cause, se formait une enveloppe aux dépens des couches de tissu cellulaire avec lesquelles elle était en rapport de contiguïté, et sur lesquelles elle exerçait une compression, pour ainsi dire, envahissante de proche en proche, et qu'ainsi le tissu cellulaire ambiant, progressivement comprimé, faisait seul tous les frais des accroissemens successifs d'épaisseur et d'étendue de l'enveloppe une fois formée. A cette théorie qu'il repoussait comme incompatible avec les principes du vitalisme, comme entachée d'un iatro-mécanicisme inadmissible, Bichat en substitua une autre, que voici en peu de mots : il considéra le kyste comme une séreuse accidentelle toujours préexistante, ainsi que l'est une séreuse naturelle, à l'épanchement dont elle peut devenir le siége. Mais, si cette préexistence du kyste à la matière qui s'y trouve contenue est une hypothèse plausible, à la rigueur, pour certains cas seulement dans lesquels la nature le produit de la façon la plus obscure et, pour ainsi dire, la plus silencieuse, et, en un mot, ne nous le laisse jamais voir que tout formé et tout plein de sérosité, il y a certes bien des cas où, de toute évidence, la formation du kyste est consécutive à la présence d'un liquide extravasé, ou d'un corps étranger quelconque. Reprenons, à ce propos, l'exemple déjà cité des kystes séreux post-hémorragiques de l'encéphale : en pareille circonstance, c'est bien le sang qui, une fois épanché, a servi de stimulus pour mettre en jeu la force plastique (76), pour la provoquer à produire une sorte de pseudo-membrane, comme moyen de séquestrer et d'isoler une matière désormais devenue étrangère à l'économie, mais dont la résorption, toutefois, n'a pas moins continué de s'accomplir par exosmose à travers cette enveloppe vivante. Or, comme la nature a véritablement pour règle l'unité dans la variété ; comme, tout en diversifiant à l'infini les formes et les apparences de ses produits, elle se montre toujours simple dans ses moyens de création, il est fort rationnel de croire qu'elle n'a pas deux manières de produire les kystes de formation nouvelle, et que la présence insolite d'une humeur ou d'une matière quelconque, par extravasation, sécrétion ou autrement, au sein du tissu cellulaire libre, ou de n'importe lequel de nos organes, est toujours le fait primitif, le fait indispensable pour le développement d'une séreuse accidentelle. Quoi qu'il en soit, la séreuse accidentelle, une fois formée, devient le siége d'une exhalation incessante de sérosité ; et si l'absorption ne s'y opère point dans des proportions égales à cette exhalation, le liquide s'y accumule de plus en plus ; la poche s'amplifie, s'épaissit, de manière à devenir de jour en jour plus incommode et plus dangereuse, soit en

atrophiant par ses envahissemens l'organe où elle a pris naissance, soit en comprimant et en gênant les organes circonvoisins.

N'oublions pas de remarquer, en terminant, que les hydropisies enkystées ne présentent pas toujours, tant s'en faut, une sérosité limpide. Parfois cette sérosité est sanguinolente, rouge ou rosée, voire même, aussi, noirâtre ou brune : genre de teinte imputable, sans contredit, à l'altération que le sang aura subie dans l'intérieur du kyste. Parfois, elle est lactescente et pleine de flocons fibrineux. Il n'est pas rare qu'au lieu de sérosité proprement dite, on rencontre une humeur visqueuse, huileuse, glaireuse. En général, la surface intérieure du kyste est lisse et unie, comme celle des séreuses naturelles à l'état sain ; mais quelquefois aussi, elle peut se montrer hérissée et recouverte de concrétions couenneuses, de productions pseudo-membraneuses de fraîche ou ancienne date.

893. *Rapports et différences entre les hydropisies enkystées et les hydatides.* — Au premier aspect, et sur un coup d'œil superficiel, on peut confondre avec les hydropisies enkystées proprement dites, soit les hydatides elles-mêmes, soit les kystes remplis de ces helminthes vésiculeux, — de ces helminthes, dont nous réservons, comme de raison, l'étude, avec tout le reste de la pathologie helminthologique ou vermineuse (67. B. 6.), pour la *Nosographie étiologique*. Ce qui rend possible, et, jusqu'à un certain point, fort excusable une semblable confusion, c'est qu'il y a là, effectivement, des apparences communes. Cela est si vrai, que Pinel, par exemple, en posant dans sa *Nosographie* l'*Hydropisie enkystée du foie* (66) comme un genre tout-à-fait digne de remarque et d'attention, n'a réellement envisagé, sous le titre en question, rien autre chose que les hydatides de ce viscère. Cela est si vrai, encore un coup, que les auteurs sont loin de s'accorder sur la démarcation précise de ce qu'il faut nommer kyste, et de ce qu'il faut nommer hydatide.

Voici, toutefois, les principaux caractères à l'aide desquels la distinction me paraît devoir être établie :

1° Les kystes ont avec les parties adjacentes une continuité plus ou moins intime, sinon dans toute leur périphérie, du moins sur un certain nombre de points, par le moyen d'un tissu cellulaire lâche ou serré, et quelquefois même par le moyen de vaisseaux. Les hydatides sont, au contraire, parfaitement libres.

2° Assez souvent, l'hydatide offre, dans un point de sa face interne, de petits grains, visibles à l'œil nu ou armé d'une loupe, et qui semblent être les rudimens, les embryons d'autres hydatides : quelquefois même, elle contient des hydatides parfaitement distinctes, mais qui seulement sont plus petites que cette hydatide-mère, dans le liquide de

laquelle elles sont libres et flottantes. Les kystes ne présentent jamais rien de pareil.

Néanmoins, il faut l'avouer, il y a des cas où il est difficile de décider si l'on a devant soi un kyste ou une hydatide, une simple hétérotrophie de nos tissus, ou bien un être parasite ayant en quelque sorte une vie à part.

894. *Coup d'œil rapide sur les divers siéges des hydropisies enkystées.* — Il est peu de parties où les observateurs n'aient rencontré ce que nous nommons hydropisies enkystées, kystes séreux, etc. Mais, entre toutes les maladies de cette tribu, l'hydropisie enkystée de l'ovaire est, sans contredit, ce qui mérite au plus haut degré l'intérêt et l'étude des praticiens, puisque c'est là une affection, par malheur, assez fréquente, et qui, indépendamment d'une fâcheuse et déplorable intumescence de l'abdomen, ne laisse pas que d'entraîner aussi certains inconvéniens pour la santé, voire même, parfois, de véritables dangers. C'est à la *Pathologie chirurgicale* que nous avons réservé la tâche de décrire en détail cette hydropisie-là, d'en discuter et d'en régler le traitement, dans l'histoire duquel figurent certaines opérations, les unes raisonnables et vraiment salutaires, les autres téméraires à l'excès. C'est aussi à la *Pathologie chirurgicale* que ressortissent naturellement toutes les hydropisies enkystées sous-cutanées; déjà, en ce genre, M. Nélaton a complétement instruit nos lecteurs sur ce qui regarde l'hygroma des bourses séreuses accidentelles (*Path. chir.*, t. I, chap. XIII); dans la suite de son œuvre, et au fur et à mesure que le voudra le plan qu'il s'est tracé, il doit encore envisager avec toute l'attention nécessaire quelques autres cas d'une certaine importance, comme, par exemple, l'hydropisie enkystée du cordon spermatique ou hydrocèle enkystée, etc. Quant à la part qui reste au domaine de la pathologie médicale, certes elle ne laisse pas que d'être encore assez large. Elle se compose de tous les kystes séreux qui se forment dans les profondeurs de l'économie animale, ne font point saillie à l'extérieur, se tiennent cachés au-dedans des viscères, et sont inaccessibles à l'intervention de la chirurgie. Il y a là, par exemple, les kystes de l'encéphale; il y a ceux du foie; il y a ceux du rein, si complétement étudiés en ces derniers temps par M. Rayer (*Traité des malad. des reins*, t. III, p. 507-37); il y a ceux qui prennent naissance dans l'épaisseur même du corps de l'utérus, etc. Mais, tout bien considéré, il ne me paraît pas du tout à propos de considérer analytiquement, dans chacun des viscères les plus importans du corps humain, le développement et les effets de ces kystes séreux, — tantôt trop petits pour être autre chose qu'un vice anatomique parfaitement latent, parfaitement innocent, — tantôt assez volumineux pour amener des accidens plus ou moins graves, mais qui n'ont absolument

rien de pathognomonique, et auxquels, après tout, nous ne saurions opposer qu'une médecine symptomatique (114. E.). Ainsi, par exemple, les kystes séreux de l'encéphale ne sont généralement pas autre chose que le vestige de l'heureuse guérison d'une hémorragie intrà-encéphalique, voilà tout. Si tant est que, parfois, l'encéphale devienne le siége d'un kyste séreux qui se développe et se remplisse de plus en plus, de manière à produire des accidens de compression, la physionomie morbide d'un tel cas n'a rien, en vérité, absolument rien, qui la différencie de l'hydrocéphale proprement dite. (Voir plus bas, art. VII.) Bref, en définitive, je me tiendrai parfaitement quitte envers mes lecteurs de tout ce qui était véritablement important à dire ici sur le compte des hydropisies enkystées, lorsque, aux considérations qui précèdent, j'aurai encore ajouté les aphorismes symptomatologiques par lesquels je vais clore ce paragraphe, et que je renfermerai strictement dans les hauteurs d'un point de vue général.

895. *Aphorismes symptomatologiques.*—A. Une hydropisie enkystée, reconnaissons-le bien avant tout, est un mal essentiellement local, — un mal, veux-je dire, qui n'a de gravité et de péril qu'en vertu et en proportion de l'importance des désordres locaux, et qui n'est aucunement propre, ni à exciter une perturbation fébrile par pure sympathie, ni à imprégner sourdement le sang d'une sorte de levain cachectique, ni, en un mot, à produire tout d'un coup un dérangement général de l'économie tout entière.

B. Il est bien facile de comprendre à quoi peuvent tenir la gravité et l'intensité des symptômes locaux d'une hydropisie enkystée, et, par suite, les symptômes généraux qui doivent en dériver. C'est à savoir : 1° à l'importance physiologique de l'organe affecté; 2° aux dimensions du kyste.

C. Même dans un viscère des plus essentiels à la vie, le kyste séreux qui n'a que très peu de volume reste complétement inoffensif.

D. Dès que le kyste acquiert des dimensions trop considérables, il devient dès lors incommode, et souvent il constitue une maladie cruelle, dangereuse, voire même inévitablement mortelle. Tantôt, en effet, situé dans un organe important, dont, par ses envahissemens progressifs, il comprime et atrophie la substance, il entrave, pervertit ou annule les fonctions de cet organe. Tantôt, quoique ayant pris naissance dans une partie dont l'intégrité n'est pas du tout requise pour le maintien de la vie et d'une bonne santé, il nuit en gênant, par l'énormité de son volume, les organes circonvoisins.

ARTICLE II.

ANASARQUE. (883. A.)

(*Anasarca*, de la latinité médicale moderne. — Ὕδρωψ ἀνὰ σάρκα, de Galien : — comme qui dirait une *hydropysie dans les chairs.*)

896. *Bibliogaphie.* — Voir ci-dessus, n° 877, les renseignemens bibliographiques que j'ai donnés pour l'étude générale des hydropisies. En outre, je crois à propos de recommander les travaux spéciaux qui suivent.

WILLIS. — (*Pharmaceutice rationalis.*) Sect. II, cap. V, *De anasarca.*

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XXXVIII, art. 26-7. (Anatomie de l'anasarque.)

PETIT (Marc-Antoine). — (*Discours sur les maladies principales observées dans l'Hôtel-Dieu de Lyon.* Dans *Essai sur la médecine du cœur.* Lyon, 1806, in-8°.) Pag. 313 : là, le célèbre chirurgien atteste avoir vu, chez deux malades, la leucophlegmatie guérir, comme par enchantement, à la suite d'une salivation spontanée : « Ce qui semble justifier, dit-il, l'emploi que quelques praticiens » font des remèdes mercuriels. » — (889. B. ε.)

BOUILLAUD. — (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, — t. II, p. 320-30.) — Art. *Anasarque.*

DANCE. — (Dans le *Répert.*, — t. II, p. 507-518.) — Art. *Anasarque.*

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, — t. I, p. 85-118.) — Art. *Anasarque*,

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) IIe classe, chap. VI, *Anasarque.* — (T. I, p. 816-44.)

CASTELNAU. *Observations et remarques sur l'anasarque non accompagnée d'altérations appréciables dans les solides.* (Dans les *Archives*, juin 1844.)

897. *Synonymie.* — A. Dans la pure et antique latinité : *Aqua inter cutem*, — ou bien, par combinaison des deux derniers mots en un seul adjectif, *Aqua intercus.*

B. *Hyposarca* ou *Hyposarcha*, d'Avicenne, ou plutôt de sa barbare traduction, *loc. cit.* (877).

C. Chez quelques auteurs : Leucophlegmatie (Λευκοφλεγματία, ainsi dirent les Grecs, d'après une locution quelquefois employée dans les livres hippocratiques pour désigner la maladie en question : Λευκὸν φλέγμα, mot à mot, phlegme blanc, ou pituite blanche, comme on voudra).

898. *Symptomatologie.* — (884). — A. Voici, d'abord, l'esquisse des symptômes locaux de l'anasarque. En général, la peau est pâle, souvent d'un blanc presque laiteux; mais, sans parler même des cas dans lesquels cette membrane se montre décidément enflammée, comme, par exemple, lorsque l'*Érythème lisse* (316. E.) vient à s'y développer en raison de la distension excessive qu'elle éprouve par les progrès de l'anasarque, il est bon de remarquer que, si l'anasarque survient d'une façon brusque et aiguë, et notamment chez les sujets pléthoriques, la peau revêt une teinte rosée plutôt qu'elle ne pâlit. Ce qui est le caractère pathognomonique de l'anasarque, c'est que l'habitude extérieure du corps, dans toute ou presque toute son étendue, présente un gonflement, d'ordinaire tout-à-fait indolent, et où la pression du doigt détermine sans effort, comme dans une sorte de pâte mollasse, un enfoncement plus ou moins lent à disparaître après que le doigt de l'observateur se sera retiré et aura cessé de comprimer la partie. Ajoutons encore, cependant, que, parfois, dans l'anasarque sthénique et très aiguë, ce gonflement du tissu cellulaire sous-cutané peut opposer au doigt une résistance, une dureté vraiment remarquable, mais qui, après tout, ne laisse pas que de céder, et de permettre la formation de ces empreintes passagères et réellement caractéristiques dont je viens de parler. Quoi qu'il en soit, l'anasarque, dans certains cas, prend un tel excès de développement, qu'elle fait complétement évanouir toutes les formes naturelles du corps, et qu'elle change la personne en une masse énorme et monstrueuse. Au reste, c'est surtout dans les endroits où le tissu cellulaire est le plus lâche qu'on voit journellement l'infiltration atteindre à des dimensions très considérables. Ainsi, par exemple, il n'est pas rare que l'œdème du scrotum atteigne le volume d'une tête d'enfant, de telle sorte que le pénis se trouve caché et comme englouti au sein de la masse infiltrée; et, parfois, en pareille circonstance, remarquons-le sur-le-champ, la tuméfaction du prépuce va jusqu'à rendre la miction extrêmement difficile. Ainsi, dans l'autre sexe, les grandes lèvres ne sont pas moins sujettes à se tuméfier d'une façon démesurée. Ainsi, encore, il se peut faire très aisément que les paupières, engorgées à l'excès par la sérosité, recouvrent tout-à-fait les yeux et les tiennent forcément clos, comme dans l'érysipèle facial. Autre remarque capitale : c'est que la sérosité, obéissant dans une certaine mesure à la loi universelle de la gravitation, s'accumule en plus grande quantité dans les parties déclives : par exemple, dans la région lombaire, chez les sujets alités. C'est pour cette même raison toute physique qu'elle est toujours moins abondante dans les membres thoraciques que dans les membres abdominaux, qui, assez communément, doublent ou même triplent de volume. Lorsque la peau se trouve distendue outre mesure par les accroissemens de l'infiltration

subjacente, on la voit, avec ou sans l'intervention de l'*Érythème lisse*, se fendiller, se crevasser, pour donner issue par là à la sérosité. D'autres fois, sans aucune solution appréciable de continuité, elle laisse échapper chaque jour à travers ses pores une quantité abondante de sérosité, qui ne cesse pour ainsi dire pas d'en arroser la surface, et de mouiller visiblement tout ce qui est en contact avec les points par où s'opère une telle transsudation. Quelquefois, enfin, à l'occasion d'une des crevasses susdites, à l'occasion d'une plaie, d'une piqûre, ou de tout autre genre d'irritation, elle devient le siége, non plus d'un simple érythème, mais d'un véritable érysipèle, qui presque toujours tourne à la gangrène (318. L.), et qui, souvent ainsi, vient, à titre de complication ultime, causer ou du moins hâter la mort.

B. Quant aux symptômes généraux qui se trouvent avec l'anasarque, ils varient, comme de raison, suivant la condition pathogénique, suivant l'affection protopathique qui cause et entretient l'hydropisie (884. B.). Ici, en effet, nous rencontrons les symptômes de la néphrite albumineuse aiguë ou chronique (675. A. B.); là, ceux d'une hypertrophie du cœur (717) ; ailleurs, ceux d'une péricardite (603), etc.

C. Il importe de remarquer que l'invasion de l'anasarque a différentes manières de s'opérer. Il est très rare que l'anasarque s'établisse tout d'un coup, et, pour ainsi dire, d'un seul jet, — dans l'espace de vingt-quatre heures, par exemple ; il n'est même pas ordinaire, non plus, de la voir naître de plusieurs côtés à la fois, de la voir naître, par exemple, aux mains, ou bien au visage, ou bien au scrotum, etc., précisément en même temps qu'elle se déclare dans le tissu cellulaire des extrémités inférieures. C'est dans les cas de nature aiguë qu'on observe, non pas toujours, mais quelquefois, cette simultanéité d'invasion de l'infiltration séreuse par tout le corps ou dans plusieurs régions à la fois : c'est, par exemple, lorsque l'anasarque est symptomatique d'une néphrite albumineuse aiguë (675. B. α.), et notamment au déclin de la scarlatine ; c'est lorsqu'elle est symptomatique d'une péricardite intense (603. D.), d'une endocardite ou d'une aorto-endocardite (616-7), etc. Mais, en règle générale, surtout si l'anasarque se développe sous l'influence d'une affection chronique, on voit d'abord l'infiltration séreuse rester bornée, pendant un temps plus ou moins long, à une seule région, puis ne se propager que peu à peu à tout le reste du corps. D'ordinaire, cette infiltration débute par les pieds et les jambes ; il en est même toujours ainsi dans les maladies dues à un vice organique du cœur. Mais, dans la maladie de Bright, il n'est pas rare que la bouffissure œdémateuse du visage, et surtout des paupières, ou l'infiltration des mains, soient le premier phénomène d'anasarque qui se fasse apercevoir ; c'est particu lièrement le matin, et lorsque les malades sont encore au lit ou vien

nent d'en sortir, qu'un semblable phénomène, commençât-il à peine de poindre, peut frapper les yeux d'un observateur expérimenté.

D. Lorsque l'anasarque vient heureusement à se résoudre, la face et les pieds sont encore les parties qui restent les dernières engorgées.

899. *Détails nécroscopiques.* — En incisant les parties infiltrées, on voit aussitôt la sérosité en ruisseler plus ou moins abondamment. Le tissu cellulaire, raréfié, ayant ses interstices agrandis et tout pleins de sérosité qui se trouve ainsi retenue et emprisonnée dans une infinité de petites cellules, n'a plus ses apparences ordinaires, mais ressemble à une sorte de gelée molle et diffluente. C'est dans les couches sous-cutanées que l'infiltration se montre plus considérable. Quelquefois elle ne laisse pas que d'être assez fortement prononcée entre les muscles, voire même dans les intervalles celluleux qui existent à l'intérieur de chaque muscle ; quelquefois, aussi, elle occupe le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-séreux. Si l'anasarque est très ancienne, les muscles se trouvent décolorés et comme macérés; la peau est amincie et demi-transparente.

900. *Complications ordinaires de l'anasarque.* — Sans parler des vices protopathiques dont l'anasarque est un effet, et avec lesquels elle se trouve coexister, nous devons signaler comme un accompagnement fréquent de la période avancée de cette infiltration du tissu cellulaire les hydropisies des grandes cavités séreuses, surtout l'ascite et l'hydrothorax. En un mot, répétons-le encore ici, très souvent l'anasarque, au lieu d'être toute seule, fait partie d'une hydropisie générale.

901. *Étiologie.* — (887.) — Les vices graves du cœur ou de ses annexes, d'une part (887. A. α.), et l'albuminurie, d'autre part (887. A. ϐ) : voilà les causes communes, les causes démontrées, les causes incontestables de l'anasarque.

Mais est-ce à dire que l'anasarque soit toujours ainsi secondaire et symptomatique ? Y a-t-il, au contraire, une anasarque idiopathique, telle que plusieurs auteurs l'ont admise, telle qu'Alibert, entre autres, l'a expressément posée dans sa *Nosologie* (famille VII, *Leucoses*, genr. VI, *Anasarque*, en deux espèces : esp. 1, *A. idiopathique ;* esp. 2, *A. symptomatique*)? En un mot, se peut-il que le tissu cellulaire devienne, dans certaines circonstances, tout infiltré en vertu d'une irritation sécrétoire qui s'y développerait protopathiquement ? Ou bien, en d'autres termes, se peut-il que l'infiltration séreuse de tout le corps soit quelquefois le premier et seul vice matériel, qui vienne à se produire ? Certes, pour répéter encore à cet égard ce que j'ai dit dans l'étiologie générale des hydropisies, je n'oserais nier absolument une semblable possibilité ; mais, après tout, je ne vois guère de raisons qui militent pour y faire croire. Et même, le dirai-je? — l'hypothèse de l'irritation sécrétoire me semble moins admissible par rapport à l'étendue tout entière ou presque

entière du système cellulaire que par rapport à quelqu'une des cavités séreuses, — moins admissible, encore un coup, pour l'explication de l'anasarque que pour celle de l'ascite, de l'hydrothorax, etc.

Ce qu'il est assurément permis de supposer avec bien plus de fondement, c'est que nous ayons encore à découvrir, en fait d'anasarque, d'autres causes organiques que celles qui ont été bien appréciées et bien constatées jusqu'à ce jour, d'autres conditions protopathiques que la gêne de la circulation du sang au sein même du cœur, ou que le déficit de l'albumine dans la crâse de cette chair coulante. Voilà la thèse que, tout récemment, M. de Castelnau a essayé de soulever. Mais les faits qu'il apporte à l'appui sont loin d'être, à mon avis du moins, décisifs et parfaitement concluans.

Et d'abord, en effet, à l'égard de ces femmes grosses qu'il nous montre atteintes d'anasarque, encore bien qu'il les déclare, après examen nécroscopique, exemptes de vices organiques du cœur, serait-ce une idée par trop singulière, par trop dénuée de raison, que de soupçonner que, là encore, l'anasarque pourrait bien avoir été tout bonnement produite par une double entrave du jeu régulier de la circulation cardiaque? Et voici comment :

1° La grossesse, évidemment, ne fait pas que gêner la circulation veineuse du bassin et des membres inférieurs, mais elle a aussi pour une de ses conséquences à peu près constantes, en refoulant le diaphragme en haut et en rétrécissant ainsi le diamètre vertical de la cavité thoracique, de porter atteinte à la liberté des mouvemens du cœur; cela est incontestable, quoiqu'elle soit incapable, assurément, de déterminer, à elle seule, le développement d'une anasarque tout aussi bien que celui d'un œdème des membres inférieurs. Eh bien, donc, ce que la grossesse ne peut faire toute seule, ce qu'elle ne fait pas dans la majorité, dans l'immense majorité des cas, elle doit parfois le faire étant aidée par le fâcheux concours de quelque vice matériel ou dynamique qui, agissant dans le même sens, mais trop faiblement encore pour suffire seul à la réalisation de l'effet en question, fournit alors, s'il est permis de parler ainsi, l'appoint nécessaire pour cette réalisation. Car, en vérité, je ne saurais trop le répéter, c'est se condamner, en matière d'étiologie, à une ignorance profonde, à un scepticisme déplorable, que de s'attacher, dans une série de faits, à la considération isolée et abstraite d'une cause unique, et de ne pas apprécier, pour chaque cas donné, l'ensemble des conditions qui s'entre-aident ou se contrebalacent dans la production de la maladie (93).

2° A Dieu ne plaise que nous ne croyions pas sur parole un observateur tel que M. de Castelnau, lorsqu'il nous affirme n'avoir pas trouvé, chez les femmes dont il s'agit, de vices organiques du cœur! mais, as-

sûrement, cette déclaration négative ne saurait s'entendre que de vices organiques bien confirmés et parfaitement caractérisés. Or, supposons, par exemple, une hypercardiotrophie commençante, et qui, toute réelle qu'elle puisse être relativement au volume antérieur du cœur chez l'individu donné, et relativement, même, à la perturbation plus ou moins sensible qu'elle aura déjà occasionnée dans le jeu de la circulation, est pourtant trop peu prononcée pour se faire reconnaître infailliblement lors de l'autopsie, en l'absence d'un étalon précis, rigoureux, mathématique, qui manque et, je le crains fort, manquera toujours à la science pour l'appréciation des dimensions parfaitement normales du cœur au milieu des variétés voulues par l'âge, le tempérament et la constitution individuelle (716). L'existence d'un cas semblable échappe au regard de l'anatomo-pathologiste le plus consommé. Ce qui sert, sinon à la prouver péremptoirement, du moins à la faire soupçonner à titre de probabilité, ce sont les symptômes, complétement examinés, mûrement pesés, surtout eu égard aux antécédens de l'individu en tout ce qui concerne la circulation et la respiration. Eh bien, je dois le dire, c'est de ce côté que pèchent les observations de M. de Castelnau. Elles laissent beaucoup à désirer sous ce point de vue ; elles ne nous renseignent point sur l'état de santé antérieur à la grossesse. Ce n'est pas un reproche que je fais; c'est une lacune que je regrette, comme il nous arrive trop souvent, à tous tant que nous sommes, d'en laisser forcément de pareilles dans l'histoire de nos malades et surtout de nos malades d'hôpital. Puis, il y a encore un autre point où M. de Castelnau s'est trop hâté de conclure à l'existence de quelque cause jusqu'à présent inconnue. C'est en ce qui concerne l'état des urines. De ce que les urines n'étaient point albumineuses, il infère sans hésitation qu'il n'y a plus lieu d'accuser là un déficit d'albumine dans le sang. Une telle induction avait pourtant besoin d'être vérifiée par l'analyse même de ce liquide. Ne savons-nous pas, en effet, que M. Andral a constaté dans l'espèce ovine la coexistence d'urines normales et non albumineuses avec l'appauvrissement du sang en albumine (887. C. 6.)? Et pourquoi n'en serait-il pas quelquefois de même dans l'espèce humaine ? De tout cela, que conclure? Le voici. C'est que la possibilité du développement de l'anasarque, en dehors de l'une ou de l'autre des conditions pathogéniques que j'ai rappelées en commençant, est une possibilité purement métaphysique et abstraite, une supposition vague et en l'air, à laquelle peut-être l'avenir donnera raison, mais qui n'a pour elle, jusqu'à ce jour du moins, aucun fait bien positif et bien tranchant.

902. *Diagnostic.* — (888. A.) — Rien de plus facile que de reconnaître l'anasarque, que de la distinguer, sur-le-champ et, pour ainsi dire, à première vue, d'avec les autres intumescences de la totalité du

corps, d'avec l'obésité ou d'avec l'emphysème, par les caractères différentiels si évidens, si frappans, que j'ai tracés ailleurs (708. Art. *Obésité*), et sur lesquels je ne dois ni ne veux revenir. Mais la difficulté consiste à déterminer quelle est l'affection protopathique qui a engendré et qui maintient l'anasarque à titre d'effet et de symptôme. Pour résoudre ce problème, il faut considérer par quelles parties du corps l'hydropisie a débuté, quelle marche elle a suivie, de quels troubles fonctionnels elle se montre accompagnée, et quelles sont les circonstances qui l'ont précédée. Ainsi, par exemple, l'anasarque lentement survenue, et qui a débuté par les pieds et les jambes, sans ascite prodromique, est, en règle ordinaire, l'effet d'une hypercardiotrophie, ou de toute autre affection organique et chronique du cœur. Celle qui naît et se développe de la même façon, mais consécutivement à la production d'une ascite, doit être imputée soit à une affection du foie, soit à la compression ou à l'oblitération du tronc de la veine porte : notons, de plus, qu'en pareil cas il existe souvent une dilatation considérable et parfois véritablement variqueuse des veines abdominales sous-cutanées. L'anasarque qui a commencé par l'œdème de la face ou les mains, ou bien, encore, par l'œdème simultané de plusieurs parties éloignées les unes des autres, comme les paupières, le bras ou la jambe, la paroi antérieure de la poitrine, etc., appartient à la maladie de Bright (voir ci-dessus, chap. IV, art. XLIV, § II), si ce n'est toujours et nécessairement, du moins dans la généralité des cas. Il en est de même de celle qui envahit presque d'emblée toute l'étendue du corps (675. B. α.). Si, dans ce dernier cas, les urines ne se montraient pas albumineuses, et que, partant, on n'eût plus le droit d'accuser une néphrite, on devrait alors soupçonner l'existence d'une péricardite, d'une endocardite, ou bien, peut-être encore, d'une aortite, et procéder minutieusement à l'investigation de tous les signes propres à confirmer ou à écarter un semblable soupçon.

903. *Pronostic.* — (888. B.) — Toujours grave, et même, presque toujours, extrêmement grave. Son degré de gravité, au surplus, est subordonné au diagnostic, qui révèle tantôt une maladie plus ou moins dangereuse, tantôt une maladie infailliblement mortelle. Des divers cas où l'anasarque se montre, combien peu y en a-t-il, effectivement, qui soient susceptibles d'une guérison radicale ! Cela ne se voit guère que dans ceux que nous avons décrits sous le titre de néphrite albumineuse aiguë (675. B. α.), et dans lesquels, par exemple, l'anasarque apparaît tout d'un coup, soit au milieu d'une bonne santé, par suite d'un refroidissement, soit sur la fin de la scarlatine. Encore devons-nous bien nous ressouvenir que, même en pareille occurrence,

la guérison n'a pas lieu toujours, tant s'en faut, mais seulement chez une partie des malades.

904. *Thérapeutique.* — (889). — Rien de particulier à dire ici sur le compte de l'anasarque soit en ce qui concerne l'indication de combattre les affections protopathiques, soit en ce qui concerne l'emploi des remèdes propres à amener la résorption de la sérosité ; rien que je n'aie déjà dit et suffisamment indiqué dans les considérations générales.

Seulement, pour ce qui est d'ouvrir une issue directe à la sérosité quand la distension de la peau devient excessive, il me semble fort à propos que, indépendamment des petites incisions dont j'ai parlé et que j'ai recommandées d'après ma propre pratique, je fasse connaître à nos lecteurs un moyen peu usité, il est vrai, mais qui mériterait peut-être plus de faveur et plus d'emploi. Ce moyen, c'est de pratiquer, à travers la peau des parties les plus infiltrées, de simples piqûres avec une aiguille d'un assez gros calibre. Comme garans des services réels que peut rendre cette sorte d'acupuncture, nous avons, parmi nos contemporains, MM. Roche et Sanson, qui se louent d'y avoir eu quelquefois recours (*Nouv. élém. de path.*, t. II, p. 258), mais qui n'y ont accordé, pourtant, qu'une mention trop brève pour fixer sérieusement là-dessus l'attention des praticiens. Mais autrefois déjà le célèbre Willis y avait insisté avec une prédilection toute particulière (*loc. cit.*); et je ne crois pas hors de propos de traduire ici le passage tout entier où il conseille et décrit l'emploi de la petite opération dont il s'agit. Voici donc ce passage :

« Reste encore un autre moyen (non inférieur aux précédens, quoi-
» que moins usité) pour évacuer les eaux infiltrées : c'est à savoir, par
» l'*acupuncture;* laquelle aussi, pour ne pas amener un écoulement
» brusque et excessif des eaux, doit être pratiquée avec la précaution
» convenable et petit à petit. Prenez une aiguille ordinaire (de celles
» dont les tailleurs se servent) ; et, sur l'endroit le plus œdémateux,
» poussez-la par la pointe dans la peau, assez profondément, mais pas au
» point que le sang vienne et coule : et faites ainsi en un instant six ou sept
» petits trous, à un pouce de distance les uns des autres; par chacun
» de ces trous, l'eau s'échappera goutte à goutte, et sortira ainsi sans
» interruption jusqu'à ce que, dans une certaine étendue autour des
» piqûres, toute tuméfaction se soit évanouie : puis derechef, au bout
» de douze, dix-huit ou vingt-quatre heures, pratiquez ce même mode
» de ponction ailleurs, soit à la même jambe, soit à l'autre; et conti-
» nuez ensuite, une ou deux fois par jour, ici ou là, sur un seul
» membre, ou bien sur deux ou davantage en même temps, ouvrez de
» telles issues aux eaux infiltrées. En effet, de cette manière, mieux et

» plus sûrement que par toute autre manœuvre extérieure, l'hydropisie » peut être épuisée; et si l'on en prévient, pendant ce temps-là, par le » moyen de remèdes internes, le nouveau développement, la maladie » sera plus facilement guérie. Enfin, dans un cas désespéré, on réussit » très bien, par cette méthode, à prolonger la vie, puisque, à raison » de l'écoulement continu des eaux par ces issues extérieures, l'inon- » dation intérieure où la vie s'engloutira est d'autant plus longtemps re- » tardée. Dernièrement un vieillard septuagénaire, qui avait tout le » corps envahi par l'hydropisie, a pu pendant plusieurs mois, grâce à » ce seul et unique remède, contre l'attente de tout le monde, rester » en vie et tenir la tête haute au-dessus des eaux (*in vita perstitit*, *et* » *caput super aquas extulit*). »

Quant à moi, je me propose désormais d'avoir recours à ce mode d'évacuation de la sérosité, et d'en apprécier par moi-même l'utilité.

ARTICLE III.

ASCITE. (883. C.)

(Ἀσκίτης : terme déjà usité chez les Grecs à l'époque où Celse écrivait. — Voyez-en l'étymologie ci-dessous, n° 906. A.)

905. *Bibliographie.* — Voir plus haut n° 877. — Signalons en outre les auteurs que voici :

AVICENNE. — (*Canon*) lib. III, fen XIV, tractatus IV, c. 5, *De causis propriis asclitis* ; — c. 9, *De signis asclitis* ; — c. 13, *De curâ asclitis.*

DUVERNEY. *Observations d'anatomie et de chirurgie sur plusieurs espèces d'hydropisie.* (Dans les *Mémoires de l'Acad. roy. des sciences*, année 1701, p. 149-59 de la 2e édition; année 1702, p. 221-3, *ibidem;* — année 1703, p. 150-62 *ibid.*). — Signalons notamment, parmi ces observations, quelques ascites qui furent radicalement guéries à la suite d'une ou plusieurs ponctions. — *Pronostics que l'on peut faire touchant l'hydropisie après la ponction*. (*Op. cit.*, année 1703, p. 178-80.)

MORAND. — (Dans l'*Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, année 1721, p. 29.) — Observation non moins intéressante qu'authentique, et que je vais transcrire presque entièrement : — « Un soldat suisse, » étant entré dans le mois de mars 1719, aux infirmeries des In- » valides pour une hydropisie ascite, mourut le 30 décembre » 1720, après que M. Morand lui eut fait cinquante-sept fois la » ponction, et lui eut tiré 485 pintes d'eau, sans en compter 5 » qui sortirent par l'ouverture du cadavre. On lui faisait donc la » ponction tous les onze ou douze jours, à prendre les nombres

» moyens, et on lui tirait à chaque fois 8 pintes et demie d'eau.
» On ne connaît point d'exemples de pareilles évacuations si sou-
» vent et si longtemps répétées, et tout ensemble si abondantes.

» Dans le cadavre, toutes les parties du bas-ventre furent trou-
» vées en grand désordre... Le foie était squirrheux » (ce qui, devons-nous remarquer, ne voulait pas dire, dans la langue médicale d'alors, un foie cancéreux, mais seulement un foie induré, avec ou sans cirrhose d'ailleurs, car la cirrhose n'avait pas encore été distinguée).

MORGAGNI. — (*De sed et caus. morb.*) Epist. XXXVIII, art 2-21. — Là, et dans d'autres passages encore de la même lettre, l'illustre anatomiste nous rapporte diverses observations d'ascite, bien dignes assurément de fixer notre attention.

SCARPA. *Memoria sulla gravidanza susseguita da ascite.* (Dans *Memorie scientifiche e letterarie dell'ateneo di Treviso.* Vol. I, Trévise, 1817, in-4°. — Pag. 1-8.) — Traduit en français : 1° par Peschier, dans les *Mélanges de chirurgie étrangère* (t. Ier, Genève, 1824, in-8°. — Pag. 1-18); — 2° par M. Cabaret, tout dernièrement, dans le *Journ. des conn. médico-chir.* (octobre 1844). — Les *Mél. de chir. étrang.*, contiennent, en outre, la traduction des observations, ci-dessous citées, du docteur Cruch, et deux appendices ou commentaires à l'appui du procédé de Scarpa, l'un par Peschier, l'autre par Maunoir (*loc. cit.*, p. 19-51).

CRUCH. (Chirurgien de l'hôpital de Pavie.) *Paracentesi dell' addome secondo il metodo di Scarpa in due donne gravide ascitiche.* (Dans *Annali universali di Omodei*, novembre et décembre 1820.)

OLLIVIER (d'Angers). *Remarques sur l'opération de la paracentèse dans l'hydropisie ascite compliquant la grossesse.* (Dans les *Archives*, octobre 1824.)

CHAUFFARD. *Observations sur les bons effets du traitement antiphlogistique dans l'ascite fébrile.* (Dans le *Journal général de méd.*, janvier 1826.)

BOUILLAUD. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. III, p. 524-39). — Article *Ascite.*

BRICHETEAU. *De la compression, de son usage dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite.* (Dans les *Archives*, janvier 1832.)

DELABERGE et MONNERET. — *Compendium*, t. Ier, p. 342-74). — Art. *Ascite.*

DALMAS. — (Dans le *Répert.*, — t. IV, p. 196-209.) — Art. *Ascite.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enfans.*) IIe classe, chap. IV, *Ascite.* — (t. Ier, p. 766-77.)

PRESTAT. — (Dans le *Journal de chirurgie de M. Malgaigne*, août

1843.) — *Observation d'un cas d'ascite considérable survenue au neuvième mois de la grossesse.* (Accouchement naturel à terme. — Prompte guérison de l'ascite après l'accouchement.)

906. *Courtes remarques sur l'étymologie du mot ascite, et sur la signification plus ou moins étendue que les divers auteurs ont prêtée à ce mot.* — A. L'hydropisie ascite, ou, comme on dit plus ordinairement, l'ascite, doit son nom au radical, Ἀσκός, qui signifie une outre. C'est que, figurément, à l'aide de ce radical même, les Grecs désignaient fort bien l'intumescence du ventre, quelle qu'elle fût; de sorte que, par exemple, cette expression leur servit souvent pour nommer d'une façon plaisante et railleuse les individus obèses, et surtout affligés d'une énorme bedaine. De plus, et pour répéter une juste remarque que Galien ne manque pas de faire dans son *Commentaire sur les aphorismes d'Hippocrate* (sect. IV, aphor. 11), l'ascite a tout-à-fait droit d'être ainsi appelée, « parce que le liquide est enfermé dans le péritoine comme » dans une outre. » ὅτι καθάπερ ἐν ἀσκῷ τινι τῷ περιτοναίῳ καταχέκλειται τὸ ὑγρόν.

B. Consultons-nous les divers nosographes, nous ne les trouvons point d'accord, il faut le reconnaître, sur le plus ou moins de compréhension qu'ils assignent à l'idée d'ascite. Ainsi, par exemple, dans la Nosologie de Sauvages, qu'est-ce que le genre *Ascites* (class. X, *Cachexiæ*, gen. XII)? Là, ce genre est défini une intumescence du ventre avec pesanteur et fluctuation (*Gravis et fluctuosa abdominis intumescentia*), et ne comprend pas moins de vingt-huit espèces. Et, parmi ces vingt-huit espèces, nous voyons non seulement l'ascite proprement dite (Sp. 1, *Ascites vulgatior*; — Sp. 2, *A. ab oppilatione*; — Sp. 3, *A. ab hepate*, etc., etc.), et l'hydropisie enkystée de l'ovaire (Sp. 19, *A. ovarii*), mais encore l'hydromètre (Sp. 15, *A. uterinus*), l'œdème des parois abdominales (Sp. 14, *A. intercus*), et même les épanchemens de sang, de pus, ou d'urine dans le péritoine (Sp. 20, *A. cruentus*; — Sp. 21, *A. purulentus*; — Sp. 22, *A. urinosus*), etc., etc. Rien de plus blâmable, assurément, qu'une pareille confusion. Dans notre siècle même, Alibert, ainsi que Pinel et bien d'autres, rangeaient encore au nombre des ascites les hydropisies enkystées qui peuvent se développer dans la cavité de l'abdomen et simuler jusqu'à un certain point l'hydropisie même du péritoine (*Nosol. natur.*, fam. VII, *Leucoses*, genr. V, en trois espèces, savoir : esp. 1re, *Ascite idiopathique*; esp. 2, *A. symptomatique*; esp. 3, *A. enkystée*). Quant à nous, on l'a vu, nous croyons que, dans un système nosographique bien ordonné, l'hydropisie enkystée de l'ovaire ne doit pas demeurer confondue avec l'ascite, mais former un genre dis-

tinct, et, qui plus est, revenir à une autre tribu de la famille des hydropisies.

907. *Synonymie.* — A. *Asclites*, d'Avicenne, ou plutôt de son traducteur, ainsi que de Paracelse et de quelques autres écrivains du moyen-âge et de la renaissance. Terme corrompu et barbare, que j'ai peut-être tort de mentionner ici, et dont le souvenir n'importe guère qu'à une vaine et stérile érudition.

B. Hydro-abdomen, Hydro-péritoine et Hydro-péritonie, chez divers auteurs : néologiquement, il faut le dire, mais conformément aux principes d'une nomenclature régulière (880).

C. Hydro-péritonite : pour les cas dans lesquels la péritonite est la cause de l'ascite.

908. *Symptomatologie.* — (884). — A. Abstraction faite, comme de raison, des divers symptômes, qui, encore bien que fort ordinaires en cas d'ascite, ne dérivent pas de l'ascite elle-même, mais des affections protopathiques qui la causent, traçons seulement un tableau succinct de ceux qui sont l'effet de cette hydropisie, qui lui appartiennent en propre, qui la caractérisent. On doit bien pressentir, en effet, que la sérosité ne peut s'accumuler de plus en plus au-dedans de la cavité péritonéale sans imprimer à l'abdomen certains changemens physiques, certains changemens de forme, de volume, etc., et sans refouler et comprimer divers organes dont les fonctions éprouveront, en conséquence, une perturbation plus ou moins considérable (884. A). Et c'est ce que démontre l'expérience. La tuméfaction de l'abdomen se fait d'abord remarquer à l'hypogastre, et surtout lorsque la personne est debout ; puis, elle va augmentant jusqu'au plus haut degré possible de tension des parois abdominales. Si vous explorez alors l'abdomen en appuyant une main sur l'un des flancs, et en frappant de l'autre main sur l'autre côté, la main appuyée éprouve une répulsion, due au *flot du liquide*. (*Path. chir.*, t. I[er], p. 76.) Les circonvolutions intestinales, vu la légèreté spécifique qu'elles doivent aux gaz qui y sont contenus, surnagent le liquide, et, toutes réunies dans la région sus-ombilicale, font que cette région-là, toute saillante et bombée qu'elle est, présente encore une rénitence élastique à la pression, et une sonorité tympanique à la percussion. Si parfois le flot du liquide et le son mat se retrouvent là tout aussi bien qu'au-dessous de l'ombilic, qui, d'ordinaire, est la limite de ces deux phénomènes, c'est alors un cas exceptionnel ; c'est qu'alors l'ascite est le résultat d'une péritonite où se sont produites des adhérences contre nature qui maintiennent les intestins grêles vers la colonne vertébrale, et les empêchent de flotter en liberté. Quoi qu'il en soit, le ventre a, dans son intumescence, l'aspect d'un ovale régulier. Est-il

besoin de dire que la peau qui la revêt peut s'érailler çà et là par l'excès de la distension, comme dans la grossesse? La compression que les progrès de l'épanchement font éprouver à l'estomac, au duodénum et aux autres parties de l'intestin, peut assurément, à elle seule, indépendamment de toute autre circonstance, amener la dyspnée, voire même le vomissement des alimens et des boissons. Mais ce qui est encore plus particulièrement lié au fait même de l'épanchement, c'est la dyspnée que détermine le refoulement du diaphragme en raccourcissant le diamètre vertical de la cavité thoracique. Cette dyspnée augmente dans le décubitus, et après l'ingestion des alimens et même des boissons. De là, des lassitudes à l'occasion d'un exercice quelconque du corps. De là, sans aucun doute, une hématose insuffisante; partant, l'amaigrissement progressif et la fièvre hectique. Quelquefois, même sans concomitance d'hydrothorax ou d'hydropéricarde, la dyspnée s'exaspère jusqu'à l'orthopnée, avec des quintes de toux sèche, et quelques crachats sanguinolens; toutes choses qui peuvent fort bien n'avoir pas d'autre raison d'existence que la compression des poumons. Généralement, ou, pour parler d'une façon plus catégorique, sauf certaines complications que je crois inutile de spécifier, l'ascite se montre accompagnée d'une constipation opiniâtre, de borborygmes, et d'une sorte de pneumatose intestinale, le gros intestin ne pouvant plus, amaigri et comprimé comme il l'est, accomplir avec une énergie suffisante son mouvement péristaltique.

B. Les développemens de l'ascite peuvent s'opérer avec plus ou moins de rapidité, atteindre plus ou moins vite leur dernier terme, et, comme on pourrait dire, leur apogée. En un mot, l'ascite peut avoir une marche aiguë ou chronique. Sa durée est tantôt de quelques septénaires, tantôt de plusieurs années.

C. Comment l'ascite se termine-t-elle?

Nous pouvons en ramener les terminaisons à quatre chefs principaux que voici : 1° résolution ; 2° évacuation du liquide par une issue directe ; 3° évacuation par métastase; 3° mort.

α. La *résolution* de l'ascite, par le moyen d'une résorption insensible et graduelle de la sérosité, est une terminaison extrêmement heureuse. Elle est rare, très rare ; mais enfin elle a lieu quelquefois, ce qui, au surplus, ne paraît guère possible que lorsqu'elle sera le résultat d'une péritonite, ou d'une néphrite albumineuse aiguë, ou bien, encore, lorsqu'elle sera idiopathique, si toutefois il y en a de telles.

β. L'*évacuation du liquide par une issue directe* peut être un effet de la nature ou de l'art. L'ombilic distendu, élargi, aminci, peut, en effet, s'ulcérer et s'ouvrir ; et si, en règle générale, la mort succède à un semblable événement, et ne tarde pas de survenir après que l'épanchement

s'est vidé par la voie extraordinaire qui lui a été ainsi ouverte, il faut pourtant dire que les fastes de l'art nous offrent quelques exemples de guérisons qui se sont produites de la sorte. Sont-ce de pareils exemples qui, dès l'enfance de la médecine, ont fait imaginer la paracentèse? Peut-être, là encore, l'art n'a tenté ses premiers essais qu'en imitant les procédés de la nature. Quoi qu'il en soit, la paracentèse n'a généralement pas d'autre succès que de produire un soulagement momentané, et d'ajourner le dénouement mortel : presque toujours l'épanchement se reproduit, et la mort finit par ressaisir sa proie.

γ. L'*évacuation par métastase* est une crise possible, mais, à tout prendre, excessivement rare (884. F.). Fort peu d'observateurs ont vu une ascite disparaître subitement en même temps que survenait un flux abondant par l'une quelconque des voies excrétoires de l'économie. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de concevoir la possibilité physiologique de ces guérisons, quelquefois toutes spontanées, qui s'opérèrent avec la brusque apparition d'urines étonnamment copieuses, ou de vomissemens aqueux, ou d'une diarrhée séreuse, ou d'une sueur extraordinaire, etc. Aussi l'art médical, se faisant avec grande raison l'imitateur de la nature, cherche-t-il à provoquer, par l'emploi de moyens appropriés, le développement de crises pareilles; et il y réussit quelquefois.

δ. La *mort*, il faut bien le dire, est la terminaison la plus fréquente. Tantôt, mais cela est rare, elle arrive, inopinément et avant l'épuisement complet de la constitution, par une métastase de l'épanchement, mais par une de ces métastases funestes qui, au rebours des flux métastiques dont je viens de parler (γ), prouvent malheureusement trop bien que la nature dans ses crises n'est pas toujours très bienveillante ou très éclairée : la sérosité ne s'en va de la cavité péritonéale que pour se porter, par exemple, sur le cerveau ou dans les plèvres; entre autres faits authentiques de cette sorte, citons l'observation que nous trouvons dans la *Clinique* de M. Andral (t. III, livre I, *Maladies du cœur*, sect. II, chap. III, art. 2. — Page 124. Il s'agit d'un individu qui se trouvait atteint d'une affection du cœur et d'une ascite symptomatique. L'ascite disparaît. Symptômes apoplectiques. Mort. A l'autopsie, on trouva le péritoine à peu près vide de sérosité; point d'hémorragie dans la substance cérébrale, mais les ventricules étaient remplis et distendus par un épanchement séreux très considérable). Un des plus grands observateurs du siècle dernier, Stoll, a consigné dans son *Ratio medendi* quelques exemples fort remarquables de métastases pareilles. Tantôt, et, disons même, beaucoup plus fréquemment sans comparaison, le malade est miné peu à peu par les progrès de l'ascite, ou de l'affection protopathique qui la cause; l'hy-

dropisie devient générale, si tant est même qu'elle ne l'ait pas été dès le principe; l'asthénie se prononce de plus en plus; et généralement un état comateux, dû sans doute à l'œdème du cerveau, vient quelques jours d'avance annoncer au médecin, en même temps qu'il les rend douces et insensibles au malade, les approches terribles de l'agonie et de la dernière heure.

909. *Un mot sur l'extrême diversité des quantités de sérosité épanchée dans les divers cas d'ascite.* — Devons-nous dire, avec MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 766), que, pour attribuer à un cas donné la qualification d'ascite, même chez les enfans, il faut au moins cent vingt grammes de sérosité (quatre onces, ancien style)? Quoi qu'il en soit, depuis ce minimum jusqu'à l'autre extrême, quelle prodigieuse distance n'y a-t-il pas! Quelle immense variété! En consultant les notes de ma pratique, je vois que, chez les adultes, l'ascite venue au point de me commander l'opération de la paracentèse a donné seize à dix-huit litres environ de sérosité. Mais, d'après des cas qui doivent assurément être considérés comme fort extraordinaires, les auteurs nous parlent d'épanchemens ascitiques qui montaient à 30, 40 et même 50 litres.

910. *Étiologie.* — (887.) — Faut-il rappeler ici les ascites qui dépendent des maladies du cœur, ou bien d'une maladie de Bright, et qui font partie d'une hydropisie générale? Remarquons seulement, à ce propos, comme tant d'auteurs l'ont déjà remarqué avant nous, que si, en pareille circonstance, le péritoine est, de toutes les poches séreuses, celle qui, en général, se montre la première atteinte par l'hydropisie, c'est sans doute parce que la cavité en est la plus grande entre toutes, et qu'elle est aussi la plus facilement extensible, en raison de la laxité des parois abdominales et du grand nombre des replis péritonéaux, et parce que, de plus, le système circulatoire abdominal est en rapport, comme de juste, non seulement par le nombre, mais encore par le calibre des artères et des veines dont il se compose, avec la multiplicité et l'importance des viscères que renferme l'abdomen : joint à cela que l'absence de valvules dans le système de la veine porte est encore une de ces conditions anatomiques qui peuvent être accusées, à juste titre, comme étant peu favorables à la circulation veineuse.

Pour en venir aux ascites qui se développent isolément et indépendamment d'aucune autre hydropisie, voici la substance de tout ce que nous avons à en dire sous le point de vue étiologique :

1° Il y en a qui sont le résultat de la péritonite. Bien des fois, assurément, l'épanchement de sérosité, né avec cette inflammation, peut aussi disparaître avec elle; cependant, en d'autres cas, il persiste après la résolution du travail inflammatoire. Quoi qu'il en soit, rien de

plus évident, rien de plus incontestable que l'existence de ces ascites phlegmasiques, de ces hydro-péritonites, comme on voudra les appeler.

2° Il y a des ascites (et c'est là le type tout à la fois le plus vrai et le plus ordinaire du genre en question), il y a, dis-je, des ascites qui doivent naissance à la gêne de la circulation particulière du système de la veine porte (887. A. α.). Tantôt, par exemple, c'est la veine porte elle-même qui se trouve oblitérée ou rétrécie, soumise à une compression plus ou moins forte de la part d'une tumeur quelconque. Tantôt la gêne de la circulation veineuse a sa cause dans un de ces vices organiques du foie ou de la rate, tels que l'hépatite chronique (632. D. 𝔈.), la splénite chronique (637), l'atrophie hépatique (742), la cirrhose, etc., qui ont cela de particulier, qu'ils rendent la substance du viscère plus dure, plus compacte, et, partant, sans nul doute, moins perméable au sang. Or, comme les indurations du foie et de la rate, — par inflammation, ou tout bonnement par hypertrophie (690. J.), peu importe cela, — sont si souvent la suite des fièvres intermittentes qui durent trop longtemps, voilà pourquoi les auteurs ont pu et dû dire que l'influence des marais était de nature à favoriser le développement de l'ascite ; et que cette hydropisie était une affection endémique dans certaines contrées marécageuses.

3° Enfin, y a-t-il des ascites idiopathiques, des ascites qui soient tout simplement le fait d'une irritation sécrétoire (887. E.) ? Je penche fort à le croire, et par théorie et d'après quelques faits que je me rappelle avoir vus ; mais, après tout, encore un coup, force est d'avouer que cela n'est pas encore rigoureusement démontré. Au surplus, je ne suis pas le seul, parmi les pathologistes contemporains, qui soit disposé à soutenir l'affirmative à l'égard de la thèse ici en question. L'un de nos observateurs les plus habiles et les plus consciencieux, M. Grisolle, par exemple, déclare avoir vu des ascites qui, survenues à la suite d'un emploi exagéré et abusif de la médicamentation drastique chez des sujets atteints de colique saturnine, lui ont semblé devoir être regardées comme des ascites idiopathiques. (*Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, t. I, p. 714). MM. Rilliet et Barthez rapportent deux cas qu'ils ont notés et recueillis à titre d'ascite idiopathique, chez deux jeunes garçons, l'un de treize ans, l'autre de onze ; ils nous donnent même tout au long l'observation détaillée et complète du plus âgé de ces petits malades (*loc. cit.*, p. 775-7) ; mais je me vois obligé de faire remarquer qu'ils ont laissé une lacune dans l'examen de ces cas-là, lacune regrettable et qui ne permet pas à l'esprit de se former une conviction ferme et parfaite : effectivement ils se bornent à déclarer que les urines n'étaient point albumineuses ; mais, le sang n'ayant pas été analysé, il reste toujours à l'esprit de critique et de doute le droit de supposer que

l'albumine du sang pouvait bien, même sans albuminurie, être là en déficit.

911. *Diagnostic.* —(888. A). —A. Pour ce qui est, d'abord, de reconnaître l'existence de l'ascite, disons que c'est là une chose en général assez facile, quoiqu'on ait quelquefois commis des méprises graves. Entre autres bévues grossières qu'on trouve à ce sujet racontées dans les auteurs, je me rappelle avoir lu que Van Helmont, dans sa jeunesse, en vit commettre une des plus funestes; qu'il vit pratiquer la paracentèse dans un cas de tympanite qu'on avait pris pour une ascite, et où la mort ne tarda pas de suivre le retrait du trois-quarts. En vérité, une telle faute me semble inconcevable : tant l'ascite, surtout venue au point de réclamer la parencentèse, est aisée à distinguer, notamment d'avec la tympanite ! tant elle se révèle sûrement à un rapide examen, par la réunion de ces deux caractères essentiels, l'intumescence régulière du ventre et le flot du liquide! Quant aux cas où l'épanchement n'est pas encore assez considérable pour distendre à l'excès le ventre, je ne dois pas oublier de remarquer qu'en pareille circonstance le flot du liquide ne se fait pas toujours percevoir manifestement de l'un des flancs à l'autre; non seulement alors il faut, pour obtenir la perception de ce phénomène, pratiquer la percussion exploratrice au niveau de l'hypogastre, la personne étant debout, mais, si l'on ne réussit pas encore ainsi à sentir le flot du liquide, il faut, la personne étant couchée alternativement à droite et à gauche, le rechercher dans les points les plus déclives et dans un petit espace; c'est à 6 ou 9 centimètres seulement de distance de la main qui se tient appliquée à la paroi abdominale, qu'il faut que l'index de l'autre main vienne imprimer un brusque choc; on peut ainsi obtenir ce que l'on a nommé la *fluctuation périphérique.* Dans une lettre où l'un des hommes les plus distingués de la médecine militaire, M. Michel Lévy, a eu l'extrême obligeance de me faire d'intéressantes communications sur divers points de la pathologie, il me parle, à propos d'ascite, d'un signe précieux dont il n'a trouvé aucune mention dans les auteurs et dont il n'a acquis connaissance que par sa propre expérience : et ce signe, c'est, dit-il, « le cercle ondulatoire qui parcourt » instantanément la paroi abdominale, quand elle vient à être percutée » brusquement par le doigt; cercle semblable à celui que produit » un caillou jeté dans l'eau. » — « Ce signe existe quand l'ascite est » encore peu considérable, et m'a permis souvent » (c'est toujours M. Michel Lévy qui parle) « de la diagnostiquer bien avant la sensation » du flot. »

B. Voici, au surplus, un court aperçu de diagnostic comparatif entre l'ascite et les principaux cas, autres que l'ascite, dans lesquels il y a aussi une intumescence considérable du ventre, ou qui peuvent être

confondus avec cette hydropisie-là. Outre la tympanite, accusons comme autant d'objets de méprise, l'hydromètre, la grossesse extra-utérine, et même aussi, lorsque la femme nous dissimule la vérité, la grossesse ordinaire; accusons encore l'excès d'obésité abdominale, les kystes hydatidifères parvenus à un énorme développement, et, enfin, les hydropisies enkystées de l'ovaire et des trompes de Fallope. Or, dans la tympanite, l'intumescence commence par la région supérieure ou moyenne de l'abdomen, et non par l'hypogastre; elle fait éprouver au malade un sentiment de tension, mais non pas de pesanteur; elle donne partout à la percussion un son excessivement clair, et non pas un son mat, sans compter qu'il n'y a rien là qui puisse imiter, même au plus faible degré, le flot d'un épanchement ascitique. En cas d'hydromètre, il est généralement facile de reconnaître, par la palpation méthodique de l'hypogastre et par le toucher vaginal et rectal, que l'intumescence est due à un développement particulier de l'utérus, développement qui a les apparences de la grossesse, mais qui d'ordinaire se montre beaucoup plus lent dans ses progrès; pareillement à ce qui arrive chez les femmes grosses, il y a surtout un sentiment de pesanteur sur le rectum, la vessie et le périnée; presque toujours aussi, la suppression des règles est un des phénomènes que le commémoratif retrouve parmi ceux qui ont marqué le début de l'affection; en un mot, je le répète, nous rencontrons là un simulacre de la grossesse, moins les signes qui sont essentiellement propres à celle-ci, c'est-à-dire moins le ballottement, moins les mouvemens spontanés du fœtus, moins le tic-tac cardiaque perceptible à l'auscultation. Y a-t-il grossesse extra-utérine, a-t-on affaire à une femme qui prétende cacher une grossesse ordinaire et se faire passer pour hydropique; en vérité, je ne saurais guère m'imaginer de circonstance où il ne fût impardonnable de prendre le change; effectivement, en vain chercherons-nous le flot du liquide; et, quand l'époque est assez avancée pour qu'il ne nous soit pas extrêmement facile de reconnaître là une tumeur circonscrite ou dans l'un des flancs ou dans l'hypogastre, on n'a pas ordinairement de peine à constater, avec un peu d'attention et de persévérance, les signes infaillibles que je rappelais tout-à-l'heure; sans compter que, même au premier coup d'œil, la fraîcheur du teint des femmes grosses contraste en général avec la pâleur terne des ascitiques; que les mamelles des unes sont volumineuses, fermes, tendues, et celle des autres, amaigries, chétives, molles et flasques. En cas d'obésité abdominale, même compliquée de quelque vice organique du cœur, même accompagnée d'un œdème des membres inférieurs ou d'une anasarque complète, il ne faut vraiment pas beaucoup de sagacité pour ne s'y pas laisser tromper, pour n'y pas voir une ascite; à la rigueur, en général, le commémoratif suffirait pour résoudre la question. Quant à

ce qui est de distinguer de l'ascite les kystes hydatidifères, comme aussi d'en distinguer les hydropisies enkystées de l'ovaire, voici quels sont les principaux traits différentiels : 1° dans ces divers cas-là, le mal commence par la tuméfaction graduelle d'une région particulière de l'abdomen, soit l'hypocondre droit, par exemple, ou bien l'un des flancs, de sorte que le ventre, au lieu d'une convexité régulière, présente une forme inégale ; 2° en faisant prendre au malade des positions variées, on ne constate pas, comme dans les débuts de l'ascite, les déplacemens du liquide d'une extrémité à l'autre de la cavité péritonéale, les reviremens et les accumulations de la masse flottante vers les parties les plus déclives; 3° la santé générale tarde, d'ordinaire, plus longtemps à se détériorer. Mais, il faut bien l'avouer, si vous êtes appelé à prononcer entre un ascitique dont l'abdomen est on ne peut pas plus distendu, et un sujet chez lequel un kyste intra-abdominal a pris d'énormes développemens, bien des fois il vous sera impossible de distinguer l'une de l'autre les deux affections sans le secours des circonstances commémoratives, sur le compte desquelles vous ne pourrez être bien complétement éclairé que lorsqu'un praticien habile aura observé les choses dès le début.

C. Ce n'est pas tout que de reconnaître l'existence de l'ascite. Une autre tâche, et généralement la plus difficile, c'est de découvrir quelle est l'affection protopathique qui a produit et qui entretient l'ascite. Ce n'est qu'en s'appuyant sur la solution de ce dernier problème qu'on peut porter un pronostic précis et assuré, et instituer le traitement le plus efficace possible.

912. *Pronostic.* — (888. B.) — En règle générale, hélas ! il est fort grave, puisque nous avons vu que la mort est la terminaison la plus ordinaire de l'ascite. Arétée disait des ascitiques : « Fort peu en réchap- » pent par une chance heureuse, et grâce aux dieux plutôt qu'à l'art » (IIme traité, liv. II, chap. 1er). Morgagni (Epist. XXXVIII, art. 32) rapporte avec un assentiment respectueux, et ne semble pas du tout disposé à atténuer, à taxer d'exagération le dire d'Albertini, son maître, qui prétendait avoir guéri trois phthisies pulmonaires bien confirmées, et pas une ascite. Et nous autres praticiens du XIXe siècle, malgré les progrès de la médecine, nous n'avons guère le droit d'avoir des opinions moins sombres. Pour mon compte, je dois le déclarer, c'est l'an dernier que pour la première fois, pour la seule et unique fois depuis vingt années d'observation et de pratique, j'ai vu, de mes yeux vu, un cas d'ascite confirmée aboutir à une bonne et solide guérison : cela eut lieu chez un jeune homme qui était entré dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe avec cette hydropisie, non pas naissante, mais déjà parvenue à un état des plus prononcés et des plus évidens. Au surplus, je

suis resté dans le doute sur la question de savoir si l'ascite était là l'effet d'un léger degré de péritonite, ou bien le simple résultat d'une irritation purement sécrétoire. Quoi qu'il en soit, en définitive, d'après les faits jusqu'à présent bien connus, il est permis d'espérer qu'une ascite peut guérir dans les circonstances que voici : 1° lorsqu'elle sera ou semblera être ce qu'on doit nommer l'ascite idiopathique, l'ascite par irritation sécrétoire; 2° lorsqu'elle ne sera rien autre chose qu'un épanchement péritonitique; 3° lorsqu'elle se montrera liée à une néphrite albumineuse aiguë; 4° enfin, lorsqu'elle se sera développée à la suite d'une fièvre intermittente, opiniâtre et infiniment répétée.

913. *Thérapeutique.* — (889). — On doit obéir, selon la nature et le degré du cas, à des règles variées, dont voici les principales bases :

A. Avant tout, nous devons avoir égard aux conditions pathogéniques, aux affections protopathiques, en vertu desquelles l'ascite existe, et les combattre autant que faire se peut (889. A). Là est le secret des traitemens les plus efficaces. Ainsi faut-il, selon le cas, mettre en œuvre les moyens capables de remédier à la pléthore, à la péritonite, à la néphrite albumineuse etc. Ainsi faut-il, par exemple, dans les ascites consécutives à la fièvre intermittente, et par conséquent liées à ce qu'on appelait jadis les obstructions du foie et de la rate, avoir recours à l'emploi du sulfate de quinine : M. Michel Lévy, dans la lettre dont je faisais mention tout-à-l'heure, m'apprend, effectivement, qu'il a vu quelquefois la guérison s'opérer en pareille circonstance par l'administration de ce médicament. « L'origine de ces épanchemens, dit-il, était obscure; le quinquina l'a démontrée. »

B. Mais, comme bien des fois la cause essentielle de l'ascite reste inconnue ou est incurable, comme en tout cas les moyens destinés à provoquer la résorption de la sérosité ne laissent pas de posséder un certain degré d'utilité, une puissance au moins palliative, il suit de là que l'emploi de ces moyens doit constituer une sorte de médication à peu près universellement applicable. Mettons donc à profit, avec à-propos et prudence, les divers remèdes dits hydragogues (889. B.), les drastiques, les émétiques, les sialagogues, les diurétiques, etc. Si les voies gastro-intestinales sont dans un état d'irritation qui ne permette pas de les fatiguer par l'administration persévérante de médicamens énergiques toujours plus ou moins irritans, force est bien de se borner à n'employer, par exemple, les teintures de cantharides, de digitale, de scille, etc. qu'en frictions sur l'abdomen.

C. Enfin, quand les moyens les mieux indiqués ont été inutilement mis en œuvre, et quand l'épanchement ascitique s'est accru au point de rendre la suffocation imminente, il faut recourir à la paracentèse. Cette opération ne peut assurément procurer la guérison que dans des occa-

sions extrêmement rares. Mais, si elle ne guérit pas, du moins elle soulage le malade et lui prolonge la vie. L'épanchement se reproduit plus ou moins rapidement, et trop souvent, hélas! en si peu de jours que l'imagination de certains écrivains, sans pousser à l'excès l'hyperbole, a pu, en présence de ces ventres qui se remplissent presque aussitôt qu'ils se vident, y voir en quelque sorte une contre-partie du fabuleux tonneau des Danaïdes. On est donc obligé de répéter la paracentèse, suivant l'urgence, tantôt tous les six mois, tantôt tous les quinze jours, voire même à des intervalles encore plus courts. Les fastes de l'art nous présentent, sous la garantie d'observateurs illustres, tels que Duverney, Morand, Mead, etc., quelques histoires d'hydropisies abdominales où la paracentèse fut pratiquée plus de vingt fois, plus de trente fois, et même plus de cinquante fois par an pendant plusieurs années de suite. Étaient-ce là des ascites véritables? Étaient-ce des hydropisies enkystées de l'ovaire? Je penche fort, ou plutôt je n'hésite pas à embrasser cette dernière interprétation, du moins pour la grande majorité des histoires en question. D'autant mieux que, dans presque toutes ces histoires-là, il s'agit de personnes du sexe. De tous les faits jusqu'ici connus qui soient propres à établir la possibilité de ces paracentèses réitérées par centaines dans l'ascite proprement dite, l'un des plus remarquables, si même il n'est pas le plus authentique et le plus convaincant, est celui que, récemment, M. Canu, médecin à Yvetot, a communiqué à l'Académie de médecine (voir le *Bulletin*, séance du 20 septembre 1842): le sujet de cette communication, contre l'exactitude de laquelle M. Londe, rapporteur, n'a cru pouvoir élever aucune objection, est une femme atteinte de véritable ascite suivant toute apparence, et qui, après avoir subi en seize ans huit cent quatre-vingt-six fois la ponction, et avoir ainsi fourni environ 173 hectolitres de sérosité, a fini par se trouver entièrement guérie; la guérison s'opéra sous l'influence d'une compression méthodique que M. Canu imagina d'employer après la huit cent dixième ponction; il y avait deux ans que la dernière ponction avait été faite et que l'ascite ne s'était pas renouvelée, lorsque ce praticien adressa à l'Académie l'intéressante observation que je viens d'esquisser. Quoi qu'il en soit, c'est à la *Pathologie chirurgicale* que revient le devoir d'enseigner complétement à nos lecteurs comment il faut procéder à l'opération de la paracentèse. Ce devoir, mon collaborateur s'en acquittera en traitant des hydropisies enkystées de l'ovaire, qui, ainsi que je l'ai déjà dit, lui sont échues en partage dans notre distribution amiable et arbitraire des terrains litigieux de la pathologie (14-5). Qu'il me suffise de remarquer ici que, en règle ordinaire, le lieu d'élection pour la paracentèse est, à droite ou à gauche, vers le milieu d'une ligne qui serait obliquement menée de l'ombilic à l'épine anté-

rieure-supérieure de l'os des iles ; mais que, chez les femmes qui sont à la fois atteintes d'ascite et en état de grossesse avancée, il faut opérer la ponction à l'un des deux endroits que voici : 1° d'après la méthode de Scarpa, à l'hypocondre gauche, alors extraordinairement soulevé par la masse séreuse que le développement de l'utérus y tient refoulée ; — 2° mieux encore, et moins périlleusement, comme l'a démontré fort bien Ollivier d'Angers, à l'ombilic, qui, élargi, saillant, aminci, offre une route aussi facile que sûre pour l'introduction du trois-quarts. Bien entendu que, dans tous les cas, après la paracentèse, on doit continuer l'emploi des hydragogues et de tous les autres moyens propres à empêcher la reproduction de l'épanchement. Quelques médecins ont conseillé de pratiquer la paracentèse de bonne heure et avant l'urgence, avant l'extrême distension du ventre, avant l'apparition d'une dyspnée excessive. C'est, disent-ils, afin que les remèdes agissent mieux ! Ce n'est pas guérir, répètent-ils avec Celse [1], que de faire écouler le liquide au dehors, mais c'est donner un champ libre à la médecine, que l'accumulation intérieure du liquide entravait. Quant à nous, nous ne partageons pas du tout une semblable opinion. Et, comme la paracentèse n'est pas exempte elle-même d'inconvéniens et de dangers, nous l'ajournerons aussi longtemps qu'on le peut raisonnablement, nous l'ajournerons jusqu'au moment où l'accroissement de la dyspnée la rend véritablement urgente.

D. Ajoutons, pour terminer, une mention toute particulière en faveur d'un moyen accessoire, mais assurément bien propre à prêter un utile concours à l'action des divers moyens que je viens d'indiquer précédemment. Je veux parler de la compression méthodiquement exercée sur l'abdomen. C'est là, en effet, une sorte d'obstacle mécanique à l'augmentation ou à la reproduction de l'épanchement ascitique. Dans ce but, on peut non seulement avoir recours à une ceinture de coutil ou de toute autre étoffe qui étreigne exactement le ventre de la personne hydropique, mais même employer, au besoin, avec l'adresse et tous les soins convenables, des pièces de carton, comme en employa, par exemple, M. Canu avec un si heureux succès dans le cas dont je parlais tout-à-l'heure (C.). Pourquoi pas l'emploi du linge dextriné ? Pourquoi pas maint autre procédé de compression ?

[1] Neque enim sanat emissus humor, sed medicinæ locum facit, quam intùs inclusus impedit. (Celse, lib. III, c. II, sect. 10.)

ARTICLE IV.

HYDROTHORAX. (883. D.)

(Modern., — de Θώραξ, poitrine. — Voyez plus haut, nº 880.)

914. *Bibliographie.* — VAN SWIETEN. — (*Commentaria.*) — In aphorism. 1219.

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*) IIe partie, sect. IV, chap. II, *De l'hydropisie des plèvres.*

JOSEPH FRANK. — (*Prax. med. universæ præcepta.* — T. IX, Leipzig, 1823). Cap. XI, *De hydrothorace in genere; de hydrope saccorum pleuræ, mediastini, et œdemate pulmonum in specie.*

VALLEIX. — (*Guide du méd. prat.*, — t. II, chap. VI.)

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. V, p. 6-34). — Article *Hydrothorax.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et pratique des mal. des enfans.*) IIe classe, chap. II, *Hydrothorax.* — (T. Ier, p. 760-3.)

915. *Synonymie.* — A. Autrefois : Hydropisie de poitrine. Terme sous lequel, pendant longtemps et, peu s'en faut, jusqu'à notre époque, ont été indistinctement confondus les hydrothorax simples, ou, comme disent quelques auteurs, hydrothorax vrais (épanchemens séreux de la plèvre sans la moindre trace anatomique de pleurésie), et les épanchemens pleurétiques un tant soit peu considérables. Témoin, entre cent autres citations qu'il serait aussi facile qu'oiseux d'entasser, l'observation si remarquable que Morand a insérée dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* (t. II, p. 545) sous le titre de *Hydropisie de poitrine guérie par opération;* car, dans ce cas, l'épanchement auquel l'opération de l'empyème ouvrit si heureusement une issue n'était pas complétement limpide, mais présentait quelques apparences purulentes qui ne permettent aucun doute sur la vraie nature, sur la nature phlegmasique de l'épanchement; c'est bien là un exemple, et certes, soit dit par parenthèse, tout ancien qu'il est, l'un des meilleurs, des plus authentiques et des plus convaincans, de la possibilité d'obtenir d'éclatans succès par l'opportune intervention de la paracentèse thoracique dans le traitement de la pleurésie (594. C.).

B. Néologiquement, quelques contemporains ont proposé de dire : Hydropleurite, ou bien Hydropleurie, selon que l'épanchement pleural est lié à une pleurésie ou non. Il y a, ne faisons pas de difficulté de l'avouer, il y a, dans la valeur intrinsèque et littérale de ces termes-là, plus de précision et de rigueur que ne nous en présente le terme d'hydrothorax, qui littéralement équivaut à une hydropisie de poitrine, et

qui n'est restreint que par pure convention à désigner particulièrement l'hydropisie pleurale. Les termes d'hydropleurite et d'hydropleurie n'ont peut-être pas d'autre tort que d'être nouveaux et inusités : mais après tout c'est un désavantage réel qui leur est attaché, jusqu'à ce que l'usage en décide autrement.

916. *Coup d'œil sommaire sur l'hydrothorax simple.* — (Hydrothorax proprement dit; Hydrothorax vrai, de Laënnec.) — Nous n'avons plus à revenir ici sur l'histoire des épanchemens pleurétiques. Si tant est qu'on veuille encore, lorsqu'ils deviennent très considérables, les qualifier du nom d'hydrothorax, toujours est-il que l'article *Pleurésie* a suffisamment exposé à nos lecteurs tout ce qu'il y a d'essentiel et d'important à connaître sur le compte de ces hydrothorax pleurétiques, phlegmasiques, de ces hydropleurites, comme il plaira de les appeler. Reste donc seulement à envisager l'hydrothorax pur et simple, c'est-à-dire le cas où, sans la moindre trace d'inflammation dans la plèvre, la cavité pleurale devient le siége d'une collection plus ou moins considérable de sérosité.

Non pas toujours, non pas en règle universelle, comme j'ai failli l'affirmer avec quelques auteurs, mais du moins en règle très générale, l'hydrothorax simple s'offre à l'observation comme une affection symptomatique et secondaire. Il survient très souvent, en effet, à titre de funèbre couronnement de ces hydropisies générales produites par les vices organiques du cœur, par la maladie de Bright, etc. Très souvent, aussi, même sans aucune autre hydropisie antécédente, il se développe sur la fin des maladies graves de divers genres. Généralement donc, je le répète, l'hydrothorax en question n'est rien autre chose qu'un accident ultime et qui ne se développe guère plus de huit jours avant la mort. Rarement le voit-on se former beaucoup plus tôt, même dans les maladies qui sont dues à des vices organiques du cœur ou du foie, qui sont accompagnées d'ascite et d'anasarque. Mais, d'autre part, nous devons dire qu'il y a fort peu de sujets chez lesquels il ne finisse par arriver, soit comme phénomène d'agonie, soit au moins comme phénomène cadavérique (62) : car, chez la plupart des cadavres, nous rencontrons dans la plèvre une certaine quantité de sérosité épanchée qui varie, ordinairement, de 60 à 100 grammes. N'oublions pas, au surplus, de faire remarquer que presque toujours, dans ces différentes circonstances, l'hydrothorax existe des deux côtés, et dans des proportions à peu près égales de chaque côté.

Mais, en outre, la théorie conçoit sans difficulté et quelques faits attestés par d'éminens observateurs tendent à démontrer la réalité d'un hydrothorax idiopathique. Sans aucun doute, c'est un cas très rare en pratique que l'hydrothorax idiopathique et porté à un degré tel qu'il puisse

seul et par lui-même constituer une maladie grave, produire la mort, et partant, grâce à l'autopsie, se faire manifestement, incontestablement reconnaître pour ce qu'il est. Laënnec, par une évaluation qu'il ne nous donne, il est vrai, que comme une évaluation vague et faite de souvenir, disait que cette maladie se rencontrait une fois sur deux mille cadavres; et, pour mon compte, je serais tenté de la déclarer beaucoup plus rare que cela. Quoi qu'il en soit, un des traits par où l'hydrothorax idiopathique contraste avec les cas d'hydrothorax symptomatiques qui viennent d'être indiqués, c'est de n'occuper,— du moins en règle ordinaire, à ce qu'il paraît, — que l'une des deux plèvres seulement. Et là, à l'instar d'un épanchement pleurétique, il peut croître jusqu'à refouler et à aplatir le poumon contre la colonne vertébrale, jusqu'à réduire ce viscère à l'état d'un tissu flasque et complétement privé d'air, et en même temps, comme de raison, jusqu'à produire, en fait d'habitude extérieure, une très visible dilatation du côté affecté : toutes circonstances impossibles à rencontrer lorsque l'hydrothorax est double et qu'il fait des progrès égaux et parallèles dans l'une et l'autre plèvre, car dans ce dernier cas il suffit d'un degré médiocre de compression des poumons pour qu'il survienne une suffocation nécessairement meurtrière.

Le témoignage de Laënnec sur le compte de ces hydrothorax idiopathiques devenus mortels est positif, formel, péremptoire. Il ne laisserait aux esprits sceptiques et incrédules d'autre ressource que de s'inscrire en faux contre les paroles de cet illustre observateur. « J'ai vu, » dit Laënnec (*loc. cit.*, p. 230) « l'hydrothorax porté à ce degré sans » qu'il existât ni épanchement dans aucune autre membrane séreuse, ni » infiltration dans le tissu cellulaire, ni maladie organique d'aucun » viscère à laquelle on pût l'attribuer. Dans un cas de cette nature, la » plèvre droite contenait 12 livres de sérosité incolore et limpide, et ne » présentait d'ailleurs aucune altération visible. »

Inutile d'insister sur la symptomatologie de l'hydrothorax simple, soit considéré en général, soit pris particulièrement en tant qu'hydrothorax idiopathique. En ce qui touche aux perturbations sensibles de fonctionnalité, nous n'avons qu'à signaler principalement et presque uniquement la gêne de la respiration, la dyspnée dans ses divers degrés, dans ses diverses formes. En fait de percussion et d'auscultation, nous retrouvons tout ce que nous ont offert les épanchemens pleurétiques; matité thoracique (584. E.), faiblesse ou nullité du bruit respiratoire vésiculaire (584. F.), respiration bronchique et bronchophonie (584. G. et H.), égophonie (584. I.), etc. Et tout cela suivant les mêmes conditions d'existence et de variation, absolument les mêmes, sous le rapport de la position et de l'abondance de l'épanchement.

Indépendamment de l'affirmation générale de Laënnec sur la réalité

de l'hydrothorax simple comme hydropisie isolée, je ne crois pas hors de propos d'emprunter encore au même auteur deux faits particuliers qui peuvent être envisagés à bon droit, ainsi qu'il les envisage, comme des exemples du cas en question. — Le premier fait est celui « d'une » femme, qui entra » dit Laënnec (*loc. cit.* p. 230), « l'année dernière (1) » à la Clinique, présentant les signes d'une hypertrophie avec dilata- » tion du cœur et d'un épanchement dans chaque côté de la poitrine. » L'épanchement était surtout très abondant à gauche ; l'égophonie était » manifeste des deux côtés. Comme il n'existait ni fièvre ni point de » côté, je regardai ces épanchemens comme séreux, et je les combattis » par l'acétate de potasse à la dose d'une once et ensuite d'une once et » demie par jour, et le sel de nitre, dont la dose fut portée de 20 à » 40 grains. Ce traitement eut un succès si heureux que tous les signes » de l'épanchement disparurent en huit jours de temps. Cette année, » la même malade, atteinte d'une pleuro-pneumonie aiguë du côté » droit, est rentrée à l'hôpital de Clinique et y a succombé. Le poumon » gauche a été trouvé parfaitement libre de toute adhérence. » Cette absence complète d'adhérences pleurétiques autorise effectivement à croire que l'épanchement survenu et guéri un an auparavant, était l'effet, non d'une inflammation confirmée, mais d'une simple supersécrétion (304. D.). — L'autre fait n'est peut-être pas d'une valeur aussi nette et aussi décisive. Il s'agit d'une dame, que Laënnec dit avoir vue et soignée de concert avec M. Récamier, qui était atteinte, elle aussi, d'hypertrophie avec dilatation du cœur depuis plusieurs années, et qui présenta pendant les derniers mois de sa vie les signes d'un épanchement du côté droit, notamment, entre autres signes, une égophonie très évidente. A l'autopsie, on trouva environ une livre et demie de sérosité parfaitement limpide, remplissant les deux tiers inférieurs de la plèvre droite, qui en cet endroit était saine, sans pseudo-membranes anciennes ni récentes. Plus haut, il est vrai, le feuillet costal de ladite séreuse adhérait avec le feuillet pulmonaire, à l'aide d'un tissu cellulaire abondant et ferme, qui était *évidemment*, — ainsi Laënnec l'assure-t-il, ainsi en a-t-il jugé, — de très ancienne date.

Citons aussi, après MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 762), un fait que ces auteurs donnent pour un cas d'hydrothorax idiopathique nécroscopiquement constaté, et qu'ils ont cru devoir consigner dans leur ouvrage sur la foi d'un médecin éminent, M. Lichtenstaedt, professeur à Saint-Pétersbourg. « Il s'agit d'un enfant de quinze mois, bien con- » formé, qui fut pris subitement d'oppression, d'anxiété, de batte- » mens de cœur irréguliers. Le petit malade ne pouvait rester couché.

(1) En 1825.

» Il se tint toujours assis pendant la durée de la maladie, qui l'enleva » au bout de peu d'heures. A l'autopsie, on trouva des deux côtés de la » poitrine, et dans le péricarde, un épanchement de liquide limpide. » Ses autres organes n'offraient pas d'altération. » Mais, il faut le dire, dans cette observation, qui a été publiée en 1830, serait-il déraisonnable, serait-il inadmissible de supposer l'existence méconnue d'une endocardite, maladie sur laquelle l'attention des médecins n'avait pas été suffisamment fixée?

Pour ce qui est, maintenant, du traitement que nous aurions à prescrire contre l'hydrothorax simple, je pourrais presque me dispenser d'en parler, vu l'extrême rareté de cette affection, en tant qu'hydropisie isolée, et une fois abstraction faite des cas où elle est une complication ultime, un phénomène d'agonie. Cependant, il est bon de le dire, on aurait tort de désespérer aussitôt et de déclarer l'épanchement pleural impossible à résoudre, par cela seul que le malade serait atteint d'un vice organique du cœur. Un des faits que j'ai empruntés à Laënnec prouve, assurément, le contraire. Il faudra donc, le cas échéant et suivant les indications particulières, avoir recours à l'application de vésicatoires sur le côté affecté, aux purgatifs, aux diurétiques, etc. (889). L'opération de l'empyème offrirait ici plus de chances de succès que dans la pleurésie, d'abord à raison même de l'intégrité de la plèvre, et surtout parce que le poumon, n'étant point retenu et comme emprisonné par des pseudo-membranes, reste plus apte à reprendre son expansion naturelle et à remplir ainsi l'espace que lui rendrait l'écoulement de la sérosité.

ARTICLE V.

HYDROPNEUMONIE. (883. E.)

(Modern., — de Πνεύμων, poumon. — Voir n° 880.)
Syn.: OEdème du poumon.

917. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*) IIe partie, sect. II, chap. IV, *De l'Œdème du poumon.*

JOSEPH FRANK. — *Loc. cit.* (914). — § LVI, *De hydrope pulmonum.*

ROSTAN. — (Dans le *Répert.*, — t. XXVI, art. *Poumon*) — pag. 26-30 (*Œdème des poumons*).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf*). IIe classe, chap. I, *Œdème du poumon.* — (T. Ier, p. 752-9).

918. *Préambule sommaire.* — L'hydropneumonie, même portée à un degré très considérable, est une affection fort commune, quoique

restée inconnue jusqu'au dernier siècle. Dans la collection hippocratique, ainsi que j'en ai déjà fait la remarque (879), on trouve bien quelque mention d'une soi-disant hydropisie du poumon, mais on ne peut pas du tout reconnaître là une description de l'infiltration séreuse du tissu pulmonaire : c'est là, en vérité, une sorte d'énigme, dont Laënnec, toutefois, croyait avoir deviné le mot. Ce qu'il croyait y avoir vu, c'est que les auteurs hippocratiques, transportant à l'homme une observation faite sur les animaux domestiques, avaient regardé le développement de kystes séreux dans le poumon comme un mal auquel notre espèce dut être fort sujette, et la rupture de ces kystes dans la plèvre comme la cause ordinaire de l'hydrothorax. Quoi qu'il en soit, c'est vers le milieu du XVIIIe siècle, que Barrère (59) appela l'attention des médecins sur l'œdème pulmonaire, en publiant de très bonnes observations de ce vice anatomique. Enfin, Laënnec vint, qui, approfondissant le sujet en question sous le triple rapport des caractères anatomiques, des troubles morbides et des signes stéthoscopiques, le rendit classique et lui conquit, pour ainsi dire, une place désormais assurée dans les cadres de la nosographie.

L'hydropneumonie peut-elle donc être quelquefois une maladie primitive, idiopathique? Rien ne le prouve assurément; et voilà, sans doute, pourquoi elle a été si longtemps méconnue. Elle survient le plus souvent comme un des accidens ultimes de l'hydropisie générale, surtout chez les sujets atteints d'un vice organique du cœur. Elle est à craindre dans la période de résolution de la pneumonie, suivant, du moins, les opinions de Laënnec : « Les sujets, dit-il, chez lesquels j'ai » rencontré les œdèmes du poumon les plus universels et les plus in- » tenses étaient morts peu de temps après avoir éprouvé une pénipneu- » monie grave ;» il professait, au surplus, que la résolution de la pneumonie était presque toujours accompagnée d'un certain degré d'œdème; mais nous devons ajouter que ce dernier point est formellement révoqué en doute par M. Grisolle, l'un des hommes les plus compétens là-dessus. Encore suivant Laënnec et tant d'autres auteurs qui n'ont pas cru devoir se séparer d'un si grand maître, les bronchites tant aiguës que chroniques et la bronchorrhée seraient des circonstances éminemment propres à favoriser le développement deutéropathique de l'hydropneumonie; et ce serait par l'intervention de celle-ci que, dans de telles circonstances, beaucoup de sujets meurent plus ou moins rapidement suffoqués. Mais ne serait-ce pas parce que, sous le nom d'œdème du poumon, Laënnec a véritablement confondu deux choses, plus faciles, il est vrai, à distinguer théoriquement que dans la pratique et par la seule autopsie, savoir : 1° l'œdème proprement dit, en d'autres termes, l'infiltration séreuse du tissu intervésiculaire; 2° l'engouement, ou, si

l'on me permet de parler ainsi, l'inondation des vésicules pulmonaires et des ramifications bronchiques par suite de la supersécrétion d'un mucus séreux qui, faute d'une expectoration suffisante, s'accumule de manière à produire l'apnée? C'est à quoi, pour ma part, je ne suis pas du tout éloigné de répondre par l'affirmative. Et, à ce compte, l'hydropneumonie serait donc, tantôt un véritable œdème, tantôt une sorte d'hydropisie muqueuse, tantôt l'un et l'autre tout à la fois. Mais, dans les doutes où je reste sur le compte de cette affection, dans l'impossibilité où je suis d'émettre là-dessus des opinions arrêtées et que je n'aie adoptées qu'après avoir fait des recherches spéciales, je ne vois rien de mieux à faire, tout en laissant apercevoir mes doutes, que de copier, moi aussi, les idées de Laënnec. Et, pour en finir avec toutes les espèces d'œdème pulmonaire que cet auteur avait admises, disons qu'il croyait avoir quelquefois rencontré un œdème chronique, datant évidemment de plusieurs mois, et tel que les sujets qui en étaient atteints avaient dû être réputés asthmatiques (t. Ier, p. 351, — et t. II, p. 71); et, chez certains d'entre eux, cet œdème lui parut avoir été une maladie idiopathique.

919. *Détails symptomatologiques.*—Dyspnée plus ou moins notable, et qui peut aller jusqu'à l'orthopnée, jusqu'à la suffocation; toux, pareillement à des degrés variés, selon le cas; expectoration presque aqueuse et plus ou moins considérable, quelquefois à peu près nulle, quelquefois produite en abondance par l'effet d'une véritable bronchorrhée. Sans doute, une certaine diminution de la sonorité thoracique à la percussion, en un mot un certain degré de matité, mais très difficile, pour ne pas dire impossible à apprécier, — d'abord parce que ce phénomène ne peut généralement pas être très prononcé, les vésicules pulmonaires contenant encore une assez grande quantité d'air mêlée à la sérosité, — puis parce que d'ordinaire l'hydropneumonie affecte les deux poumons à la fois, et qu'ainsi la similitude parfaite ou presque parfaite des sons obtenus par la percussion comparative des deux côtés présente encore à l'observation les apparences de la normalité. Faiblesse du murmure respiratoire, d'autant plus frappante et remarquable que la respiration des malades ne s'opère qu'avec effort et en dilatant grandement la poitrine. Râle sous-crépitant très fin. Quelquefois même, dans le plus haut degré du mal, la respiration bronchique. Voilà les symptômes unanimement reconnus, depuis Laënnec, pour être ceux de l'œdème des poumons, et de ce que nous nommerons, nous, l'hydropneumonie.

920. *Détails anatomiques.* — Laissons là-dessus parler Laënnec. « L'œdème du poumon présente les caractères anatomiques suivans : » lorsqu'il occupe la totalité d'un poumon, et qu'il a une date un peu

» ancienne, le tissu pulmonaire présente une teinte d'un gris pâle, ou » jaunâtre-fauve pâle, et qui n'a plus rien de la couleur légèrement » rosée qui lui est naturelle; ses vaisseaux paraissent contenir moins de » sang que dans l'état ordinaire. Le poumon, plus dense et plus pesant » qu'il ne l'est communément, ne s'affaisse nullement à l'ouverture de » la poitrine. Il est cependant encore presque aussi crépitant que dans » l'état naturel. L'impression du doigt y reste un peu plus fortement » marquée que dans un poumon sain. Lorsqu'on l'incise, il en ruisselle » une sérosité abondante, presque incolore ou très légèrement fauve, » transparente et à peine spumeuse.

» Ces derniers caractères suffiraient pour faire distinguer cette lésion » de la péripneumonie au premier degré, dans laquelle la sérosité in- » filtrée dans le tissu pulmonaire enflammé est fortement sanguino- » lente et très spumeuse, si, d'ailleurs, la rougeur caractéristique de » l'inflammation n'établissait entre les deux affections une différence ex- » trêmement tranchée. Mais dans l'œdème pulmonaire aigu, tel que » celui qui accompagne une phlegmorrhagie aiguë (1), un catarrhe suf- » focant et l'agonie de beaucoup de maladies, il n'est pas rare de trouver » dans un poumon œdémateux quelques points péripneumoniques au » premier degré et même au second, et, autour de ces points, le pas- » sage insensible et graduel de la péripneumonie à l'œdème. Les faits de » ce genre se rattachent à ceux qui établissent des points de contact » et d'affinité entre les modifications morbides les plus opposées, l'in- » flammation aiguë et la diathèse séreuse passive.

» Dans les œdèmes récens, la sérosité infiltrée est très spumeuse.

» L'œdème du poumon qui survient aux approches de la mort dans » quelque maladie que ce soit, est ordinairement partiel, et occupe le » plus souvent les parties postérieure et inférieure du poumon, comme » l'infiltration cadavérique sanguine, à laquelle il est alors presque tou- » jours réuni, et qui se remarque particulièrement dans les points les » plus déclives (2).

» Quelque intense que soit l'œdème du poumon, la texture spon- » gieuse des cellules aériennes reste sans altération, et on la reconnaît » toujours parfaitement, surtout à l'intérieur, et lorsqu'il a coulé une

(1) C'est-à-dire, bronchite aiguë avec expectoration pituiteuse très abondant e.

(2) MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 753) contestent l'exactitude de cette proposition de Laënnec, du moins relativement à ce qu'ils ont observé chez les enfans : « Nos recherches, » disent-ils, « assez nombreuses, puisqu'elles portent » sur soixante-dix-sept autopsies, nous offrent l'œdème plus fréquemment et en » plus grande abondance au lobe supérieur qu'à l'inférieur. » Un semblable résultat, je l'avoue, me surprend beaucoup, et jusqu'à plus ample informé,

» certaine quantité de sérosité par les incisions ; mais lorsque le poumon est encore entier, il est plus difficile de distinguer les cellules aériennes, parce que la sérosité qui les remplit diminue à la fois leur transparence et l'opacité de leurs cloisons, qui en sont imbibées : cependant LA PLUS GRANDE PARTIE DE LA SÉROSITÉ EST ÉVIDEMMENT CONTENUE DANS LES VÉSICULES PULMONAIRES. » — N'est-ce donc pas dire, dans cette dernière phrase, ce que je disais tout-à-l'heure en d'autres termes, à savoir, que l'hydropneumonie serait plutôt une sorte d'hydropisie muqueuse qu'un véritable œdème (918) ?

« Lorsque l'œdème du poumon est ancien et universel, il ne présente » ordinairement aucun mélange de l'infiltration sanguine cadavérique » que l'on observe vers les parties postérieures du poumon dans la plupart des cadavres. »

921. *Point de vue pratique. — Diagnostic et thérapeutique.* — Faut-il le dire? l'hydropneumonie n'offre, en vérité, qu'un fort médiocre degré d'intérêt aux praticiens. Après tout, encore une fois, je ne sache pas, dans les annales de l'observation, d'exemple authentique d'une hydropneumonie idiopathique. Très peu importante à prendre en considération isolément et, pour ainsi dire, abstractivement, l'hydropneumonie peut être, au lit des malades, impunément mise en oubli, comme elle l'est en effet tous les jours. Ce qu'il importe de bien reconnaître et de bien combattre, ce sont les maladies auxquelles elle se montre liée et subordonnée, les maladies qui, chez tel ou tel sujet donné, l'ont produite ou tendent à la produire ; c'est, par exemple, la bronchite, c'est la bronchorrhée, c'est l'hydropisie générale, ou mieux encore, les vices matériels dont cette hydropisie dépend, etc., etc.

Veut-on, néanmoins, se piquer de poursuivre en clinicien consommé le diagnostic de l'hydropneumonie? Je crois qu'il n'est pas trop difficile d'y réussir, dès que ce mal aura atteint un degré véritablement grave et alarmant. Quand, après avoir constaté avec la dyspnée les phénomènes stéthoscopiques que nous avons reconnu appartenir à l'hydropneumonie, vous apprécierez bien toutes les circonstances passées et concomitantes, et qu'ainsi vous aurez dû exclure de votre feuille de diagnostic l'épanchement pleurétique, la pneumonie, la bronchite aiguë générale (bronchite capillaire), l'hydrothorax, etc., que restera-t-il à inscrire comme affection principale de l'appareil respiratoire, si ce n'est l'hydropneumonie ?

jusqu'à complète démonstration, je le tiens pour suspect, tant il me paraît en désaccord avec l'action de la pesanteur, supposé toutefois que les cadavres d'enfans qui ont été soumis à l'observation de ces messieurs soient restés, depuis l'instant du dernier soupir jusqu'à l'autopsie, dans la position ordinaire, c'est-à-dire en supination.

Quant à ce qui concerne le traitement, si tant est que, chez un sujet donné, l'hydropneumonie se fasse reconnaître comme un mal assez important par lui-même, et, pourtant, encore assez loin d'être désespéré pour mériter des soins particuliers, si tant est qu'elle soit autre chose qu'un épiphénomène ultime et tout-à-fait irremédiable, que faut-il prescrire? Vésicatoires sur le thorax, purgatifs, diurétiques, vomitifs : voilà les principaux moyens que les auteurs s'accordent à conseiller, voilà ce que les considérations théoriques les mieux fondées nous commandent de mettre en œuvre. Les vomitifs, surtout, me paraissent éminemment propres, tant qu'une asthénie extrême n'en interdit pas l'intervention, à faciliter l'expectoration de la sérosité qui engoue les poumons.

ARTICLE VI.

HYDROPÉRICARDE. (883. F.)

(Auteurs contemporains. — De Περικάρδιον. — Voyez n° 880.

922. *Bibliographie.* — SENAC. — Traité déjà cité (745) : livre VI, chap. III, *L'hydropisie du péricarde.*

CORVISART. — (*Essai sur les mal. et les lés. org. du cœur.*) Ire class., chap. II, *De l'hydropéricarde.*

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*) III[e] partie, sect. II, chap. XXII, *De l'hydropéricarde.*

BOUILLAUD. — (*Tr. clin. des mal. du cœur,* — t. II, p. 449-70.)

JOSEPH FRANK. — (*Prax. med. universæ præcepta.* — T. X, Leipzig, 1824.) Cap. IX, *De hydropericardia.*

HOPE. — (*A treatise on the diseases of the heart,* etc.) Part. V, chapter III, *Hydropericardium.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium,* — t. VI, p. 583-94) — Article *Hydropéricarde.*

GUIBERT. *Observations sur l'hydropéricarde chez les enfans.* (Dans le *Journ. des progrès des sc. et institut. médic.*, année 1830, t. II, p. 172-9.) — Trois observations recueillies avec détail, mais dont l'intérêt, il faut le dire, est assez médiocre vu le peu d'abondance de l'épanchement et l'absence de symptômes.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*) II[e] cl., chap. III, *Hydropéricarde.* — (T. I[er] p. 763-6.)

Voyez aussi la bibliographie relative à la péricardite (599).

923. *Synonymie.* — *Hydrocardia* : nom créé par Fabrice de Hilden, et, depuis, employé encore par quelques autres vieux auteurs. — Hydropéricardite : particulièrement pour les cas où la péricardite est la cause de la collection séreuse. — Hydropéricardie : dans la *Nosologie*

d'Alibert (famill. VII, *Leucoses*, genr. VI, en deux espèces, esp. 1re, *H. idiopathique*, esp. 2e, *H. symptomatique*); plus récemment dans le *Traité de médecine* de M. Piorry (t. II. — *Cardiopathies*, § 2034), et là précisément, expressément, par opposition à hydropéricardite.

924. *Bref aperçu.* — L'épanchement d'une quantité plus ou moins abondante de sérosité dans le péricarde est chose commune en tant qu'accident de l'hydropisie générale, mais chose peut-être inouïe, et du moins excessivement rare, en tant que maladie idiopathique. Je doute fort, en vérité, qu'il y ait dans les fastes de l'art un seul exemple d'hydropéricarde qui existât à ce dernier titre et qui ne fût pas dépendante d'une hydropisie générale ou d'une péricardite. Toujours est-il que, pour mon compte, je n'ai pu réussir à trouver, en fouillant les auteurs, d'observation authentique et incontestable d'un cas pareil. Si dans certains livres on rencontre quelques faits qui s'intitulent hydropéricardes simples, idiopathiques, essentielles, ces faits, à les bien prendre, à les bien apprécier dans tous leurs détails, ne nous paraissent pas être autre chose, évidemment, que des épanchemens produits sous l'influence d'une péricardite, quoique entièrement séreux, quoique parfaitement limpides.

Avant de passer outre, il est bon de remarquer que, chez tous ou presque tous les sujets, l'autopsie fait voir dans le péricarde une petite quantité de sérosité épanchée, ainsi que dans toutes les autres cavités séreuses. Ce médiocre épanchement, qui n'est rien autre chose qu'un phénomène d'agonie ou bien, même, un phénomène cadavérique (62), varie, en général, de 20 à 60 grammes. Dans le cas d'hydropisie générale, nous admettrons encore, à la rigueur, que l'épanchement du péricarde puisse s'élever à 200 grammes, tout en ne commençant à se former que dans les derniers momens de la vie. Mais au-delà de 200 grammes (6 à 7 onces, ancien style), au-delà de cette limite adoptée par Corvisart, nous n'hésitons pas à déclarer que c'est une hydropéricarde proprement dite qui se montre à nous, une hydropéricarde non pas due à l'agonie, mais qui date de plus ou moins longtemps auparavant.

Dans l'hydropisie générale, le péricarde est, assurément, de toutes les cavités séreuses, celle où, d'ordinaire, l'épanchement de sérosité existe en plus faible proportion ; très rarement voit-on l'hydropéricarde atteindre alors à la valeur d'un litre. Corvisart rapporte (*loc. cit.*, observation Xe) qu'il a vu un cas dans lequel le péricarde contenait 8 livres de sérosité (c'est-à-dire, 4 litres, ou bien, en poids, 4 kilogrammes) : mais c'était là, sans doute, un cas d'hydropéricardite : « La » superficie du cœur, » dit Corvisart, » paraissait avoir été le siége d'une » inflammation chronique. »

A quels signes reconnaître, sur le vivant, l'existence d'une hydro-

péricarde? Sensation d'un poids dans la région précordiale, dyspnée, orthopnée, palpitations, intermittences dans le pouls, syncopes : voilà les symptômes reconnus et accusés par les anciens auteurs, voilà ce qui appelle tout d'abord l'attention du médecin, ce qui éveille les premiers soupçons. Mais il n'y a encore là rien de véritablement caractéristique, rien qui ne puisse appartenir à d'autres affections que l'hydropéricarde. Mais, grâce à la percussion et à l'auscultation, nous avons aujourd'hui des signes qui révèlent positivement l'épanchement d'un liquide à l'intérieur du péricarde : signes que j'ai déjà dû faire connaître à nos lecteurs dans l'histoire de la péricardite (603. A.), et sur le compte desquels je ne veux ni ne dois redire ce que j'ai déjà dit. Seulement je crois à propos d'ajouter que Laënnec considérait comme une chose probablement à jamais impossible, même avec ces nouveaux moyens d'investigation, le diagnostic d'épanchemens péricardiaques qui ne se seraient pas élevés à une livre de sérosité, pour le moins. Hope, au contraire, assure que, pour un praticien expérimenté et attentif, les signes de percussion et d'auscultation peuvent très bien, en général, trahir l'existence d'un épanchement de 8 à 10 onces (250 à 300 grammes); et je suis disposé très volontiers, quant à moi, à donner raison là-dessus à l'illustre cardiopathologiste de la Grande-Bretagne. Cet auteur rapporte même deux cas dans lesquels il a réussi à diagnostiquer une hydropéricarde de quantité beaucoup moindre, 3 à 4 onces de sérosité (*op. cit.*, part VI : — p. 543-5, *Case of Robert Bryant*; — et p. 552-5, *Case of John Snowden*) : mais il ne manque pas lui-même de dire, avec beaucoup de raison, qu'on ne doit pas du tout se flatter de reconnaître en toute occasion une hydropéricarde si peu considérable.

Ce n'est, certainement, que dans des cas où l'hydropéricarde sera parvenue à des proportions excessives et tout-à-fait extraordinaires, qu'on retrouvera un symptôme jadis observé et signalé par Senac : c'est à savoir, un mouvement visible d'ondulation, communiqué par les flots du liquide aux espaces intercostaux de la troisième à la cinquième côte. Et, à ce sujet, laissons parler Corvisart : « Je ne pense pas, » déclarait-il, « dire strictement avoir vu le même phénomène, mais j'ai pu me convaincre de son existence par le toucher. Il peut se faire que les ondulations que ma main appliquée vers la région du cœur sentait distinctement, ne fussent déterminées que par les battemens du cœur, je suis loin de le nier; mais je puis assurer que, s'il en est ainsi, le caractère particulier de ces battemens est très reconnaissable. Je dois à la vérité de dire que je n'ai fait cette observation que sur un seul individu, tandis qu'on doit conclure de ce que dit Senac qu'il a vu ces ondulations sur plusieurs malades. Enfin, je répète que j'ai seulement senti par le toucher ce que Senac dit avoir vu très distinctement. »

Enfin, je crois devoir insister sur un signe vraiment pathognomonique dont Corvisart, le premier, découvrit l'existence et apprécia bien toute la valeur. « Je veux parler, » répéterai-je encore avec ce grand médecin, « des battemens du cœur qui se font sentir, tantôt à droite, » tantôt à gauche, ou, pour m'expliquer plus clairement, dans différens points d'un cercle assez étendu. Comment, en effet, concevoir » que ces battemens vagues puissent s'exécuter, si le cœur est encore » retenu, comme il l'est naturellement, par le péricarde, poche presque immobile dont la cavité, proportionnée au volume de ce viscère, » fixe l'étendue et la direction de ses mouvemens? Si ces battemens se » prononcent dans divers points éloignés, il faut donc que le péricarde » soit dilaté. Or, il ne peut l'être que par deux causes différentes : 1° par » l'augmentation du volume du cœur même; mais alors il y a nécessairement ampliation de part et d'autre; les rapports restent les mêmes, » et les battemens peuvent augmenter de force et d'étendue analogue à » l'augmentation du viscère, mais toujours ils doivent se faire sentir » dans les mêmes points de la poitrine, ou à peu près; 2° ou bien par » l'accumulation d'un liquide quelconque dans la cavité du péricarde; » et c'est alors que le cœur, dont le volume ne s'est pas accru en pro- » portion, NAGE pour ainsi dire, ou erre assez librement dans le liquide, et va frapper des points d'autant plus éloignés les uns des autres, que l'épanchement et la dilatation sont plus considérables. » Si je reviens avec insistance sur le signe en question, c'est que tout récemment, — à ma fort grande surprise, je l'avouerai, — M. Grisolle, observateur si judicieux et d'une si grande autorité, semble avoir voulu jeter du doute sur la réalité du phénomène, qui ne lui paraît, depuis Corvisart, « avoir été vérifié par personne, si ce n'est *peut-être* par le docteur Pigeaux » (*Tr. élém. et prat. de path. intern.*, t. Ier, p. 712).

Je m'imaginais, tout au contraire, que le signe indiqué par Corvisart avait reçu la sanction de l'expérience, conquis une notoriété classique, et pris, pour ainsi dire, droit de cité en séméiotique. N'est-ce donc pas d'un tel point de vue que Hope, par exemple, le mentionne et le décrit? Entre autres signes caractéristiques de l'hydropéricarde, il accuse « les » mouvemens du cœur en tant qu'ils se font apercevoir au-delà de leurs » limites ordinaires; l'impulsion, » dit-il, « est d'une nature ondulatoire, » les battemens ayant tantôt plus de force, tantôt moins, et le point où » ils sont le plus sensibles ne restant pas le même d'un moment à » l'autre (1). » C'est là précisément ce que, moi aussi, j'ai voulu dire, lorsque, à l'article *Péricardite*, je signalais une sorte de NAGE du cœur (603. A.), suivant l'expression même de Corvisart, mais avec le tort

(1) . . . . . The motions of the heart as perceptible beyond the ordinary

peut-être, je suis prêt à le confesser, de n'avoir pas expliqué le fait en termes assez clairs, assez nets, assez catégoriques. Toujours est-il que j'ai observé et publié, il y a déjà plusieurs années, un exemple du phénomène en question (*Leçons sur le rhumatisme*, année 1837.— XIe observation) : c'était dans un cas de péricardite rhumatismale. « On ne perçoit, » disais-je formellement dans le récit de ce cas (*loc. cit.*, p. 198), « les MOUVEMENS du cœur que comme une espèce de NAGE de cet or- » gane dans un liquide interposé. »

L'hydropéricarde qui fait partie d'une hydropisie générale ne réclame pas d'autres moyens de traitement que ceux-là même par lesquels cette hydropisie générale doit être combattue (889). Quant à l'hydropéricarde isolée, idiopathique ou censée telle, qui, ainsi que je l'ai fait remarquer en commençant, ne paraît guère pouvoir être jamais autre chose qu'une hydropéricardite, je n'ai pas besoin de répéter ici l'énumération des moyens thérapeutiques auxquels le médecin, en présence d'une péricardite, doit avoir recours (609), et qui sont assurément encore la ressource de l'art dans le cas même où l'épanchement serait le résultat d'une irritation, non pas décidément phlegmasique, mais purement et simplement sécrétoire. Seulement il me semble à propos d'ajouter que, pour les hydropéricardes considérables et bien reconnues contre lesquelles tous les secours de la médecine proprement dite resteraient impuissans et stériles, on a songé à faire intervenir la chirurgie. Senac ne craignit pas d'appeler de ses vœux une semblable intervention. Il ne recula pas devant la pensée de proposer la ponction ou paracentèse du péricarde, en s'appuyant sur les exemples de cures obtenues par l'opération de l'empyème dans l'*hydropisie de poitrine*, et notamment sur l'heureux et complet rétablissement d'un palefrenier des écuries royales chez lequel il avait fait pratiquer cette opération à la suite d'une pleurésie. Il conseillait, pour cette paracentèse du péricarde, de plonger un trois-quarts dans l'espace qui est entre la troisième et la quatrième côte du côté gauche. « Il faudrait, » dit-il, « porter la pointe de cet instru- » ment à deux pouces du sternum, le pousser obliquement vers l'origine » du cartilage xiphoïde et le conduire le long des côtes, c'est-à-dire » qu'on doit s'en éloigner le moins qu'on le pourra. En marchant par » cette voie, on ne blessera ni l'artère mammaire, ni le cœur, ni le pou- » mon. » Desault crut un jour avoir mis à exécution l'idée de Senac. Chez un homme qui vint se présenter à la consultation de l'hôpital, il crut avoir affaire à une hydropisie du péricarde, et il put, effectivement,

limits, the impulse is of an undulatory nature, some beats being stronger than others, and the point at which they are most sensible varying every moment.

(HOPE, *loc. cit.*, pag. 539.)

donner issue, par une opération aussi prudemment conduite que brillante, à un épanchement d'environ une chopine de sérosité : mais, le patient ayant malheureusement succombé à quelques jours de là, l'autopsie démontra que ce n'était pas un épanchement contenu à l'intérieur du péricarde, mais bien un épanchement pleurétique circonscrit entre le poumon gauche et le péricarde. (Voir *Œuvres chirurgicales* de Desault, par Bichat, t. IIe. — *Observations sur l'hydrop. du péric.* Observation Ire.) Corvisart, après avoir raconté cette mémorable observation de Desault, ajoute : « Dans un cas à peu près semblable, la même opé-» ration a été pratiquée depuis Desault : l'erreur a été la même; on pen-» sait avoir pénétré jusqu'au péricarde, et l'ouverture du corps prouva » que l'eau que l'on supposait sortir de la cavité du péricarde ne ve-» nait que de la poitrine [1] qui avait été ouverte par l'opération. » Laënnec ne rejette pas, tant s'en faut, la paracentèse du péricarde; mais il pense que, au lieu de plonger le trois-quarts entre la troisième et la quatrième côte, comme l'a proposé Senac, ou bien au lieu de pratiquer une incision avec le bistouri entre la sixième et la septième côte, comme l'a fait Desault, il vaudrait mieux donner la préférence à une opération, selon lui, beaucoup moins dangereuse, c'est-à-dire, à la trépanation du sternum au-dessus du cartilage xiphoïde; que, de cette façon, la plèvre serait épargnée, et que le diagnostic pourrait être confirmé par l'inspection même du péricarde, mis à nu avant qu'on pratiquât une ouverture à cette importante poche séro-fibreuse. Bien plus, chose vraiment surprenante, Laënnec ne trouve rien à redire, et semble même accorder jusqu'à un certain point son assentiment à la bizarre proposition que Richerand avait faite (*Nouv. journ. de médecine chir., et pharm.*, mai 1818. — pag. 9) de pousser dans le péricarde, après l'issue de la sérosité, des injections légèrement irritantes, à l'effet de prévenir la reproduction de l'épanchement et d'assurer ainsi la guérison radicale de la maladie, « par des procédés, » dit Richerand, « analogues à ceux dont on » fait usage pour la cure de l'hydrocèle. » Quelle idée, grand Dieu! quel rapprochement insensé! La seule paracentèse du péricarde, dût-elle être parfois légitimée et justifiée par l'imminence de la suffocation, serait bien assez périlleuse par elle-même sans y ajouter une nouvelle chance de mort; et je suis fort près de professer, avec Corvisart, Hope et beaucoup d'autres, que les avantages qu'on peut retirer de cette opération contrebalanceront rarement le danger auquel elle exposera les malades.

[1] L'auteur ne s'exprime pas avec toute la précision désirable, mais il est clair que par poitrine il veut dire la cavité pleurale.

ARTICLE VII.

HYDROCÉPHALE (883. G.)

(Ὑδροκέφαλον des Grecs, nous apprend Celse, lib. IV, c. IX, sect. I ; mais alors ce n'était, il est vrai, que pour désigner ce que les modernes ont appelé Hydrocéphale externe, c'est-à-dire l'œdème du cuir chevelu. — De Κεφαλή, tête. — Voyez n° 880.)

924. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — (Dans le II[e] livre du traité *Des maladies* — Περὶ νούσων.)—Ed. Kuhn, t. II, p. 227-8. (Symptômes et traitement d'un genre particulier de maladie que l'auteur grec pose comme étant dû à une hydropisie encéphalique : ἢν ὕδωρ ἐπὶ τῷ ἐγκεφάλῳ γένηται. — Il est vrai de dire que l'histoire de cette maladie paraît avoir été plutôt écrite sous l'inspiration de conceptions théoriques que sous la sévère dictée d'une observation exacte et rigoureuse.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XII, article 1-8, et art. 13-5.

LIEUTAUD. — (*Histor. anatomico-medica*) Lib. III, sect. V, articul. 1, *Hydrocephalos ;* — art. 2, *Aqua extra cerebrum ;* — art. 3, *Aqua in cerebri ventriculis ;* — art. 4, *Aqua intùs et extra cerebrum.*

ITARD. —(Dans le *Dict. des sciences médic.*,— t. XXII, p. 219-56). Article *Hydrocéphale.*

JOSEPH FRANK. — (*Praxeos medicæ universæ præcepta.* — T. VII, Leipzig, 1832) Cap. IV, *De hydrocephalo.*

DUGÈS. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. X, p. 130-41.) — Article *Hydrocéphalie.*

GUERSANT et BLACHE. — (Dans le *Répert.*, t. XV, p. 497—509.) — Article *Hydrocéphale* (Hydrocéphale aiguë).

BRESCHET. — (Dans le *Répert.*, — t. XV, p. 509-50.) — Article *Hydrocéphale* ou *Hydrocéphalie chronique.*

BARRIER. *Mémoire sur les tumeurs tuberculeuses du cervelet, comprimant le sinus droit et produisant l'hydrocéphale chronique ventriculaire.* — Mémoire déjà cité (781).

MONNERET et FLEURY. — (Dans le *Compendium*, — t. IV, p. 571-834.) — Article *Hydrocéphale.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*) II[e] classe, chap. V, *Hydrocéphalie.* — (T. I[er], p. 777—816.).

TROUSSEAU. *De la compression dans le cas d'hydrocéphalie chronique.* (Dans le *Journ. de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., avril 1843.)

LOIR. *Mémoire sur l'hydrocéphalie chronique avec développement extraordinaire du crâne et intégrité des sens.* (Dans *Revue médicale*, novembre 1843.) — Ire observ. *Hydrocéphalie chron. avec dév. extraord. du crâne. Premiers symptômes quatre mois après la naissance, à la suite de convulsions. Enfant âgé de sept ans et demi. Intégrité des sens. Sensibilité vive. Facultés intellectuelles peu développées. Mouvemens volontaires en partie conservés. Membres supérieurs habituellement rétractés. Station impossible. Membres inférieurs et bassin peu développés. Hypertrophie des os du crâne. Fonctions organiques se faisant bien. Déjections fécale et urinaire involontaires. Etat général bon.* — IIe observ. *Hydrocéphale chron. avec dév. extr. du crâne. Chute sur la tête à la naissance. Enfant de dix ans et demi. Intégrité des sens. Sensibilité conservée. Mouvemens volontaires en partie conservés. Membres supérieurs dans l'extension forcée. Station impossible. Membres inférieurs peu développés. Hypertrophie des os du crâne. Déglutition des liquides, difficile. Excrétions fécale et urinaire paraissant involontaires. Fonctions nutritives en bon état. Voracité. Nul amaigrissement.*

925. *Synonymie.*—Hydropisie du cerveau : vulgairement. —Hydrocéphalie, d'Alibert (famille VII, *Leucoses*, genr. I, en deux espèces, — esp. 1, *H. idiopathique*, —esp. 2, *H. symptomatique*), de M. Breschet, et de beaucoup d'autres auteurs.—Hydrocéphalite : pour exprimer précisément le cas où une accumulation extraordinaire de sérosité dans la cavité arachnoïdienne, dans les ventricules cérébraux, dans le tissu de la pie-mère, etc. , est l'effet d'une méningite ou d'une encéphalite. D'où, avec un degré encore plus grand de précision anatomique, qui jusqu'à présent, il est vrai, n'est d'aucun intérêt pour la pratique médicale, les termes de : Hydroméningite ou Hydrencéphalite. — A un autre point de vue, dans le seul but d'énoncer exactement le siége particulier de l'épanchement ou de l'infiltration : Hydro-arachnoïdie ; Hydrencéphale ou Hydrencéphalie; Hydrocéphale ou Hydrencéphale ventriculaire ; Œdème cérébral ou encéphalique, ou bien encore Encéphalomalaxie séreuse, etc., etc. — A un point de vue purement symptomatique : Apoplexie séreuse, lorsque l'hydrocéphale, quelle que soit sa nature et quel que soit son siége, se développe d'une façon suraiguë, et plonge tout-à coup le sujet dans un état comateux.

926. *Division de cet article.* — Je vais consacrer un premier paragraphe à dire quelques mots de l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire. Quant à l'hydrocéphale aiguë qui se montre plus ou moins fréquemment liée à cet ensemble symptomatique qu'on nomme vulgai-

rement une fièvre cérébrale, nous ne devons la considérer que comme un des accidens anatomiques de la méningite ou de l'encéphalite, ou de ces deux inflammations réunies, et nous n'avons donc plus à nous en occuper.

Un second paragraphe aura pour objet l'hydrocéphale congéniale, qui n'est, après tout, qu'une sorte d'hydrocéphale chronique, mais dont l'invasion et les développemens sont un mystère caché dans les ténèbres de la vie intra-utérine.

Enfin, dans un troisième et dernier paragraphe, nous envisagerons l'hydrocéphale chronique acquise.

§ Ier. De l'Hydrocéphale aiguë non inflammatoire.

927. *Aperçu nosologique.* — A. Commençons par proclamer bien haut et par mettre à l'abri des contestations la réalité de l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire. S'il est douteux, s'il est impossible de prouver péremptoirement que cette maladie puisse jamais se produire à titre primitif et vraiment idiopathique, les faits abondent du moins pour nous la montrer comme un des accidens les plus graves de l'hydropisie générale, ou comme une métastase de l'hydropisie ascite ou de quelque autre hydropisie locale. Invoquons, entre autres, l'imposante autorité de M. Andral, qui, dans son *Précis d'anatomie pathologique* (t. Ier, p. 321, et p. 325), nous fournit deux cas de ce genre : 1° un cas consécutif à la disparition d'une ascite, chez un individu atteint d'un vice organique du cœur ; 2° un second cas, sous véritable forme d'apoplexie (apoplexie séreuse), chez un sujet pléthorique préalablement atteint d'autres hydropisies. On trouve dans la thèse inaugurale, déjà citée (556), de M. Piet, page 40, un exemple fort remarquable, présenté peut-être à tort sous le titre d'hydrocéphale aiguë essentielle, mais qui me paraît évidemment, du moins, devoir être considéré comme une hydrocéphale non inflammatoire sous la dépendance de ce qu'on nomme aujourd'hui la forme aiguë de la maladie de Bright (675. B. α) : — Une petite fille de neuf ans, au quinzième jour d'une scarlatine très bénigne et en pleine desquamation, se lève la nuit (au mois de juillet), ouvre la fenêtre pour prendre le frais, se plaint bientôt du froid ; on la recouche aussitôt ; le lendemain, amygdalite, ŒDÈME DE LA FACE, dureté de l'ouïe, diminution des urines ; puis, attaque subite d'amaurose, avec immobilité complète de la pupille ; convulsions très fortes du côté droit ; assoupissement (*sangsues sur la tête ; émétique ; tisanes diurétiques*) ; cinq jours après l'invasion des accidens, l'œdème diminue, ainsi que les symptômes cérébraux ; guérison rapide. Un fait où se révèle avec évidence, bien

mieux encore que dans l'heureuse et rapide guérison du cas précédent, la nature non inflammatoire d'une hydrocéphale, c'est celui qui s'est présenté à l'observation de M. Heyfelder (Voyez *Gazette médicale*, année 1839, p. 457, d'après un journal allemand) : — Une jeune fille chlorotique était atteinte d'ascite et d'anasarque, par suite d'une affection du foie ; avec le progrès de la maladie, survint la cécité ; puis, chaque fois que la ponction de l'abdomen et la scarification des membres furent pratiquées, la vue se rétablissait pour être de nouveau abolie lorsque l'hydropisie revenait au même degré qu'auparavant ; l'autopsie constata d'ailleurs l'existence d'un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules cérébraux. Récemment, M. Lasserre, dans un mémoire ci-dessus cité (877), a éclairé, avec beaucoup de talent, et par des faits très bien choisis, la question des hydrocéphales métastatiques qui, chez les nouvelles accouchées, se produisent assez fréquemment après la brusque disparition d'un œdème considérable dont les membres abdominaux étaient devenus le siége dans les derniers temps de la grossesse : il ne me semble plus permis de conserver le moindre doute à l'égard de ces métastases séreuses, après avoir lu les observations IIe, IVe, V^e^ et IXe dudit mémoire (Obs. II, *loc. cit.*, p. 750) : Œdème énorme des membres inférieurs, même un certain degré d'anasarque ; accidens cérébraux ; amélioration dès l'établissement de la sécrétion laiteuse ; albuminurie passagère ; guérison. — Obs. IV, *loc. cit.*, p. 742 : Infiltration considérable des membres inférieurs, disparue après l'accouchement ; accidens cérébraux graves ; mort ; œdème du cerveau, avec hydrocéphale ventriculaire. — Obs. V, *loc. cit.*, p. 753 : Avec les mêmes circonstances antécédentes que dans l'observ. IV, accidens cérébraux et pulmonaires graves ; mort ; œdème du cerveau avec hydrocéphale ventriculaire, sans compter d'autres vices organiques, et notamment un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — Obs. IX, *loc. cit.*, p. 771 : Anasarque, surtout considérable aux membres inférieurs ; après l'accouchement, symptômes propres à l'œdème des poumons ; suffocation imminente ; accidens moins prononcés du côté du cerveau ; saignée, sans amendement de la maladie ; tartre stibié à haute dose ; la sécrétion laiteuse s'établit ; guérison.) Enfin, je n'hésite point à le dire, quel est le médecin qui, déjà vieilli dans la pratique, et surtout dans la pratique des hôpitaux, avec la facilité que celle-ci donne pour la vérification nécroscopique du diagnostic, n'ait vu bien des cas semblables à ceux que je viens de citer ; qui n'ait vu, par exemple, maintes et maintes fois les phénomènes de compression cérébrale apparaître peu à peu ou tout-à-coup comme complication ultime chez les hydropiques, et qui n'ait en pareille circonstance constaté, à l'autopsie, soit un épanchement dans la cavité

arachnoïdienne, ou dans les ventricules cérébraux, soit une évidente infiltration du parenchyme encéphalique, soit tout cela en même temps?

Bien plus, au rapport de ceux qui ont été à même de faire leurs observations sur de grandes masses de vieillards, et notamment, entre autres témoignages, d'après ce que M. Piet nous assure avoir vu pendant son séjour à Bicêtre (*loc. cit.*), il paraîtrait qu'à cet âge, une apoplexie séreuse, sans aucune autre hydropisie pour condition préalable, n'est pas un événement très rare. Plusieurs fois, chez des vieillards qui, d'un état de santé en apparence fort bon, étaient tombés en quelques heures dans un collapsus complet, avec dilatation des pupilles, insensibilité absolue et respiration stertoreuse, on n'a remarqué, à l'ouverture du crâne, rien qu'un épanchement ventriculaire abondant, et pas d'autre vice de l'encéphale ou des méninges, pour rendre raison de la maladie et de la mort. C'est surtout chez des sujets qui avaient eu, plus ou moins longtemps auparavant, des hémorragies intrà-encéphaliques. Serait-ce là l'hydrocéphale aiguë idiopathique?

B. Somme toute, et pour résumer en peu de mots la symptomatologie de l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire, il y a deux cas principaux à distinguer.

α. Premier cas : *développement graduel des symptômes de compression cérébrale.* Les malades commencent par éprouver une céphalalgie grave et sourde, avec paresse de l'intelligence et disposition à l'assoupissement : leurs sens, surtout la vue et l'ouïe, ont moins de finesse, moins de netteté. La torpeur intellectuelle augmente de plus en plus ; les idées peuvent rester encore assez justes, mais ne se combinent qu'avec une extrême lenteur et ne se traduisent par la parole qu'avec beaucoup d'hésitation. Quelquefois, mais rarement, il y a des instans de subdelirium (46. B.). Le plus souvent, c'est sans le moindre phénomène de délire que les malades finissent par tomber dans une somnolence continuelle, d'où on ne les tire qu'en leur parlant très haut, qu'en les piquant ou les pinçant ; et encore est-ce à grand'peine qu'on leur arrache quelques paroles : les pupilles sont dilatées, l'iris ne se remue que fort peu en présence d'une vive lumière; s'il y a encore, de temps à autre, quelques mouvemens volontaires, ou pour mieux dire, instinctifs et automatiques, pour varier la position des membres et du corps, ces déplacemens ne s'exécutent que d'une façon excessivement lente, et accusent ainsi l'affaiblissement profond de la contractilité musculaire. Enfin, le coma va s'aggravant et se prononçant davantage, et au coma succède le carus (46. E. 6) : les pupilles sont énormément dilatées et absolument immobiles; les malades ne remuent plus du tout, et gisent en supination avec le relâchement le plus complet de tous

leurs membres, et quelquefois avec une respiration stertoreuse. Au surplus, rien n'est plus variable que la durée qui s'écoule depuis le début des accidens cérébraux jusqu'à ce que ces accidens aient atteint leur comble : chez celui-là, trois jours ; chez celui-ci, moins encore ; chez d'autres malades, huit jours ou davantage.

𝔻. Second cas : *forme apoplectique*. Les symptômes de compression cérébrale se produisent tout-à-coup dans leur plus haut degré d'intensité. La personne tombe comme foudroyée dans un état de carus, avec ou sans respiration stertoreuse. Généralement, le pouls est rare et lent. Mais, notons-le bien, il est aujourd'hui avéré qu'en pareille circonstance la face peut être indifféremment pâle ou vultueuse. On a dit que, dans le cas d'épanchement borné à un seul des ventricules latéraux, il y avait tout simplement une attaque d'hémiplégie. Mais cela me paraît avoir été imaginé dans le cabinet, plutôt que reconnu dans le champ même de l'observation clinique et nécroscopique. Et, en vérité, je ne sais pas si cela est possible ; car il est malaisé de comprendre la possibilité de l'hydropisie bornée à un seul des ventricules latéraux, vu la communication qui existe réellement entre ceux-ci par l'intermédiaire du troisième ventricule.

C. Si, en règle ordinaire, l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire est une maladie ultime, une maladie mortelle qui, souvent même, tue en quelques heures, il importe bien d'être averti qu'elle peut quelquefois se résoudre. Quelquefois, en effet, dans des cas où l'état comateux et apoplectique doit être très vraisemblablement imputé à l'hydropisie en question, on voit les malades reprendre peu à peu connaissance, comme j'en ai cité des exemples (A.) ; on les voit recouvrer progressivement l'usage de leurs sens et de leurs esprits, ainsi que la liberté de leurs mouvemens, surtout sous l'influence d'une évacuation considérable de sérosité par ponction, purgation ou autrement ; il suffit de quelques jours, voire même d'un seul jour chez certains sujets, pour que les symptômes de compression cérébrale disparaissent entièrement : heureuse et rapide disparition qui est une raison de plus à l'appui de l'hypothèse d'une hydrocéphale.

D. Pour clore, enfin, cette description de l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire, arrêtons-nous encore un moment sur les résultats de l'observation nécroscopique : récapitulons-les d'une façon sommaire. En général, la cavité de l'arachnoïde ne présente que peu ou point de sérosité. Ce qui se rencontre ordinairement, c'est 1° une énorme infiltration de la pie-mère ; 2° un état évident d'infiltration, et, comme on dit, un œdème de la substance même de l'encéphale ; 3° un épanchement ventriculaire plus ou moins considérable. Et, fort souvent même, c'est tout cela tout à la fois. Vaine prétention, soit dit en passant, que

celle de poser en autant d'espèces nosographiques distinctes toutes ces variétés anatomiques de l'hydrocéphale! Il n'est pas rare qu'aux parties déclives et à la base du cerveau la sérosité fasse entre la pie-mère et le feuillet arachnoïdien, une couche de 15 à 20 millimètres d'épaisseur ; on la voit s'écouler aussitôt qu'on pique avec la pointe du scalpel le feuillet arachnoïdien. La pie-mère se détache de la surface encéphalique avec la plus grande facilité : ce qui exclut l'idée de la méningo-encéphalite (564. B.). Dans beaucoup de cas, encore bien que le parenchyme encéphalique, pâle et humide, se montre imprégné d'une sérosité qui suinte en mille gouttelettes sous les incisions du scalpel, il n'est point du tout ramolli, et offre encore sa consistance normale : n'est-ce pas là une preuve de plus pour révéler la nature non inflammatoire de l'hydrocéphale qu'on a sous les yeux ? Reste la question de savoir, il faut bien l'avouer, si cette infiltration du parenchyme encéphalique a pris naissance du vivant même de la personne, ou si elle n'est qu'un phénomène cadavérique dû à la propriété hygrométrique dont, suivant les observations de M. Natalis Guillot (564. C.), le parenchyme encéphalique se montre doué en lui-même et indépendamment de l'état de vie. Problème qui vient à peine d'être posé dans la science, et qui est sans doute encore bien loin d'aboutir à une solution complète! Quant à l'épanchement ventriculaire, il s'élève souvent à cent grammes (trois à quatre cuillerées de sérosité dans chaque ventricule), quelquefois, mais rarement, à deux cents grammes ou même davantage. Quoi qu'il en soit, au surplus, la sérosité est incolore ou légèrement citrine, d'une limpidité et d'une transparence parfaite.

928. *Étiologie.* — Développement d'une hydropisie générale (883. A. — et 887. A.), brusque résorption d'un œdème, d'une ascite, etc. (908. D. δ.). Etat puerpéral, chez les femmes dont la grossesse s'est accompagnée d'un œdème considérable des membres abdominaux (927. A.). Attaques plus ou moins anciennes d'hémorragie intra-encéphalique (927. A.). Voilà tout ce qu'il nous est permis d'accuser ici.

929. *Diagnostic.* — L'hydrocéphale aiguë non inflammatoire court risque d'être confondue, au lit des malades, selon les formes symptomatiques qu'elle affectera : 1° avec la méningite, l'encéphalite ou la méningo-encéphalite ; 2° avec l'hyperémie encéphalique apoplectique (185), l'hémorragie intrà-encéphalique ou l'hémorragie méningée. Le plan et les limites d'un traité élémentaire tel que le mien ne peuvent me permettre d'entrer dans le développement de toutes les considérations propres à fonder le diagnostic comparatif de ces diverses maladies. Je me bornerai donc à remarquer que, s'il est des cas où le praticien le plus consommé ne saurait décider la question, il en est beaucoup dans lesquels, en tenant parfaitement compte de toutes les circonstances pré-

sentes et passées, on peut diagnostiquer avec une certaine assurance l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire.

930. *Pronostic.* — Il est très grave. Néanmoins, nous ne devons pas toujours nous interdire tout de suite la moindre espérance, notamment à l'égard des nouvelles accouchées, qui peuvent fort bien être heureusement délivrées de l'hydrocéphale par l'établissement de la sécrétion lactée, ou par quelque flux artificiellement provoqué.

931. *Thérapeutique.* — Traiter le plus activement possible l'hydropisie générale par les moyens appropriés (889). Au besoin, faire la ponction de l'abdomen, pratiquer des incisions sur les membres œdémateux, etc.

Purgation drastique. Vésicatoire à la nuque.

Ajoutons que l'hydrocéphale aiguë non inflammatoire n'indique assurément pas l'emploi des émissions sanguines, mais qu'elle ne les contre-indique pas d'une manière absolue. C'est à la sagacité du médecin expérimenté de se décider pour ou contre, dans l'arène même de la pratique, et selon les circonstances particulières du cas donné, avec ce coup d'œil rapide et sûr, et, comme on dit, avec ce tact médical que les livres ne suffiront jamais seuls à former.

§ II. De l'Hydrocéphale congéniale.

932. *Symptomatologie.* — A. Commençons par décrire l'extérieur des enfans qui viennent au monde avec une hydrocéphale, déjà toute développée plus ou moins longtemps avant le terme de la vie fœtale.

α. En *règle générale*, la forme de la tête est irrégulière, plus volumineuse qu'il ne faut, et quelquefois toute de travers. L'énorme volume du crâne fait un frappant contraste avec le reste du corps, et surtout avec la face, qui est petite et qui, la plupart du temps, au lieu d'être ovale comme dans l'état normal, représente plutôt une sorte de triangle dont la base correspond à la ligne inférieure du front et le sommet au menton. Les pariétaux, — ainsi que le coronal et l'occipital, tous les deux se trouvant même encore séparés chacun en deux pièces distinctes chez quelques sujets, — offrent une ossification peu avancée, et qui se montre, — ai-je besoin de le dire? — d'autant plus imparfaite que l'on s'éloigne des points centraux, durs et proéminens, par où elle a dû commencer; ces os sont très minces, et même en grande partie inachevés, avec maintes places qui ne présentent encore que l'état membraneux ou cartilagineux, à peine interrompu çà et là par quelques irradiations osseuses. Les sutures manquent complétement. Au lieu de sutures, que trouve-t-on? Des espaces membraneux qui ont parfois une largeur de cinq à dix centimètres, ou même davantage, et où fort

souvent, il faut le dire, se rencontrent quelques points d'ossification, quelques rudimens d'os wormiens. C'est par le fait de ces espaces, surtout, que peut exister la monstrueuse ampleur de la tête. Le plus grand d'entre eux est, comme de raison, à la fontanelle antérieure (fontanelle sincipitale ou bregmatique). Quelquefois, mais assez rarement, le crâne a présenté aux observateurs le *flot du liquide* (*Path. chir.*, t. Ier, p. 76), sous une percussion méthodiquement pratiquée *ad hoc*. Quelquefois aussi, il a présenté un amincissement qui allait jusqu'à la transparence, ou peu s'en faut, de sorte que, par exemple, on y apercevait distinctement les sinus de la dure-mère. Comme les voûtes orbitaires, quand l'hydrocéphale est portée à un degré excessif, sont déprimées, ne font plus avec le front le même angle que dans l'état normal, et, de concaves qu'elles doivent être, deviennent convexes; il résulte de là un rétrécissement tel de la cavité des orbites, que les yeux se trouvent repoussés en dehors et en bas, de manière que la pupille peut rester forcément tournée et cachée contre la paupière inférieure. Bien des fois aussi, à un pareil degré du mal, le conduit auditif externe est aplati, et présente un plus grand diamètre en largeur qu'en hauteur. En certains cas, qui ne sont pas relativement très rares, on voit, dans les intervalles que les os du crâne laissent entre eux, des tumeurs qui parfois ne contiennent que de la sérosité, et qui parfois renferment en outre une portion de l'encéphale (et ce dernier cas se nomme une hydro-encéphalocèle).

6. Quelquefois, *par exception*, l'hydrocéphale congéniale peut exister avec une tête régulièrement conformée, bien et dûment ossifiée et d'un volume ordinaire, voire même d'un volume beaucoup plus petit que ne le comporte l'état normal. C'est que, en pareille circonstance, il y a une atrophie encéphalique (734 B.), si tant est même que ce ne soit pas là un cas d'absence complète de l'encéphale. Quelquefois aussi, il est bon de le dire, les os du crâne, au lieu d'être plus minces, ont au contraire une épaisseur double ou triple de celle que comporte l'état normal.

B. Ce n'est pas sans difficulté ni sans péril que les fœtus hydrocéphales à terme peuvent sortir du sein maternel et arriver à la vie extra-utérine. Le volume de leur tête ne peut moins faire, évidemment, que de rendre l'accouchement pénible et laborieux. Souvent l'intervention du forceps est absolument nécessaire. Bien plus, la rupture de l'utérus est à craindre; et quand le crâne de l'enfant est par trop volumineux, l'accouchement n'est possible qu'à la condition de perforer le crâne, et d'ouvrir ainsi une issue à la sérosité qui le distend et l'agrandit outre mesure (voyez les divers traités de tocologie). Or donc, dans bien des cas, les enfans hydrocéphales ne sont que des enfans mort-nés.

Mais d'autres fois ils naissent sains et saufs, et ont dès lors quelques chances, chances faibles mais réelles, de conserver la vie pendant un temps plus ou moins long (D).

C. La plupart des enfans nés avec une hydrocéphale, et qui n'en continuent pas moins de vivre, restent plongés dans une somnolence continuelle. D'autres, quoique mieux éveillés, n'apprennent à marcher et à parler que fort tard; marchent mal, et trébuchent facilement; bredouillent et ne font preuve que d'une intelligence bornée; aiment peu à se mouvoir, et à peine ont-ils fait quelques efforts qu'ils tombent déjà de lassitude. Notons que, d'ordinaire, l'hydrocéphale congéniale n'est pas un mal stationnaire, mais qu'elle continue après la naissance de croître de plus en plus : la tête acquiert une grosseur de plus en plus disproportionnée, tandis que le reste du corps est presque toujours frappé d'un arrêt de développement, surtout dans les membres inférieurs, qui parfois même sont ou deviennent difformes. Un des symptômes les plus constans, c'est la cécité : moins souvent que la vue, mais enfin quelquefois, chacun des autres sens peut se trouver isolément aboli; généralement, après tout, les enfans hydrocéphales sont tout à-fait aveugles, sourds, privés d'odorat et presque de goût, et donnent seulement quelques signes d'une sensibilité tactile, d'ailleurs assez peu vive. Chose surprenante de prime abord, il y a des sujets qui, malgré une hydrocéphale très volumineuse, conservent dans une pleine et parfaite intégrité leurs cinq sens, ainsi que leurs facultés intellectuelles et morales : la raison en est sans doute, 1° en ce que le cerveau peut réellement n'être que peu ou point comprimé par l'accumulation de la sérosité, tant que le crâne, n'étant pas complétement ossifié, se laisse distendre et agrandir; 2° en ce que le viscère peut jusqu'à un certain point s'habituer à une compression légère et lentement survenue. Toujours est-il que, chez les sujets dont je parle, si l'on vient à comprimer assez fortement le crâne, on détermine aussitôt le coma et des convulsions, phénomènes qui ne manquent pas non plus de disparaître dès que l'on cesse de comprimer. On a vu, quelquefois, les symptômes changer suivant que l'individu était debout ou couché. Enfin, n'oublions pas de signaler, parmi les symptômes le plus ordinairement liés à la persistance d'une hydrocéphale congéniale, les vomissemens fréquens, la constipation opiniâtre, les accès de convulsions, et les urines peu abondantes. Encore un point bien digne de remarque : c'est que, même au sein d'une affection si grave, le développement de la menstruation et celui de l'instinct érotique ont pu s'offrir à l'observation.

D. En règle générale, ou, pour mieux dire, à peu près constante, les enfans nés avec une hydrocéphale meurent quelques jours après leur

naissance. Cependant, on a droit de les considérer comme viables; il n'est pas du tout impossible que, par exception, ainsi que je l'ai déjà dit, un hydrocéphale, quand il n'apporte en naissant qu'un degré médiocre de la maladie, et qu'une tête encore peu monstrueuse, vive plusieurs années et atteigne même à un âge très avancé. Les fastes de l'observation nous montrent certains hydrocéphales qui vécurent jusqu'à quinze, vingt, trente, quarante, cinquante, voire même soixante-dix ans : on en cite un qui ne mourut qu'à soixante-dix-neuf ans.

E. Les tumeurs que la sérosité forme et soulève en divers points du crâne des hydrocéphales viennent-elles à se rompre d'elles-mêmes, ou bien à être ouvertes, même fort méthodiquement : sur-le-champ la mort a lieu, du moins en règle générale. Une chute sur la tête peut fort bien mettre fin tout-à-coup à la vie de ces malheureux. Hormis le chapitre de ces accidens, la mort s'annonce d'ordinaire plus ou moins longtemps d'avance par l'apparition de certains symptômes, qui, selon les cas, peuvent être le coma, le carus, les convulsions, la dyspnée et la respiration stertoreuse, la paralysie, etc.

F. Il est sans exemple, je crois, qu'une hydrocéphale congéniale bien caractérisée ait été guérie, et que les choses, en pareil cas, soient revenues avec le temps à leur état naturel.

933. *Détails nécroscopiques* — A. Le cerveau des hydrocéphales s'est offert aux observateurs dans les différens états que voici : 1° maintes fois, converti en une poche pleine de sérosité, et réduit ainsi à l'état de membrane, souvent sans les moindres traces de circonvolutions et d'anfractuosités; 2° maintes fois aussi, rapetissé, resserré dans un espace étroit, les hémisphères ayant une forme aplatie au lieu de leur convexité normale; 3° tantôt ramolli, tantôt dur, tantôt d'une consistance naturelle; 4° extraordinairement atrophié, dans certains cas, au point de ne peser, par exemple, que quarante à cinquante grammes; 5° dépourvu tout-à-fait de substance corticale ou grise, et ne consistant tout entier qu'en une masse blanche et homogène; 6° assez fréquemment altéré et déformé dans quelques unes de ses parties seulement, plutôt que dans son ensemble, de manière, par exemple, à présenter le corps calleux relevé jusqu'au niveau de la voûte du crâne (avec absence à peu près totale de la faux de la dure-mère), les ventricules latéraux énormément dilatés tout en restant distincts, les corps striés plus ou moins déprimés, les couches optiques devenues presque invisibles, le septum lucidum perforé ou même tout-à-fait détruit, etc. Le cervelet, à fort peu d'exceptions près, est resté normal. Très souvent, on a constaté une injection sanguine très prononcée de la pie-mère.

B. Quant à préciser le siége de la collection séreuse, commençons par reconnaître que c'est le plus généralement la cavité des ventricules.

Mais, au rapport de divers observateurs, la sérosité peut aussi se trouver accumulée dans d'autres endroits, savoir : 1° entre le crâne et la dure-mère ; 2° entre celle-ci et le feuillet arachnoïdien qui la tapisse (ce que j'ai grand'peine à croire et ce que je suis bien près de déclarer impossible); 3° dans la cavité de l'arachnoïde ; 4° dans la fosse de Sylvius, cet intervalle des deux lames du septum lucidum (Breschet, *loc. cit.*) ; 5° dans des cavités accidentelles; 6° dans des kystes hydatifères.

C. La quantité de l'épanchement hydrocéphalique chez le fœtus à terme et le nouveau-né est très variable. Il n'est pas rare qu'elle s'élève au poids de deux kilogrammes ; ajoutons qu'elle peut être encore plus considérable.

934. *Complications fréquentes.* — Dans un assez bon nombre de cas, l'hydrocéphale congéniale se montre accompagnée de quelque autre anomalie, comme, par exemple, un spina-bifida, un bec-de-lièvre, l'absence des yeux, la fusion des deux reins en une seule masse au-devant de la colonne vertébrale, le volume excessif des capsules surrénales, une éventration plus ou moins considérable, l'extrême petitesse des membres abdominaux, l'état cartilagineux de tout le squelette à l'exception des vertèbres, l'imperforation de l'anus, etc., etc., etc.

935. *Étiologie.* — Quelle sombre nuit nous voile jusqu'à présent les causes de l'hydrocéphale congéniale ! Mêmes hypothèses, mêmes doutes, mêmes ténèbres que pour tout ce qui concerne l'origine de tous les faits tératologiques. On a pu tour à tour accuser, avec plus ou moins de raison, un excès d'éréthisme dans le mystérieux travail par où la nature accomplit l'imprégnation, la trop fréquente répétition du coït pendant la grossesse, les violences extérieures dont le fœtus dans le sein même de la matrice ne laisse pas que de subir les atteintes, l'influence des émotions trop vives éprouvées par la mère, la perversion de l'évolution organogénique en raison de la diathèse scrofuleuse de l'un des parens ou de tous deux, la syphilis ou quelque autre condition morbide encore plus obscure, les hydatides du placenta ou du cordon ombilical, l'ascite, ou mieux encore, l'hydropisie générale chez le fœtus et, — le croirait-on ? — la diminution de la sécrétion urinaire chez la mère (Joseph Frank, *loc. cit.*, § XX, n. 4). Y a-t-il quelque chose de vrai dans l'opinion de Bichat, qui attribuait la fréquence relative de l'hydrocéphale chez le fœtus à ce que l'arachnoïde, ainsi que le cerveau, serait dans la vie utérine le siége d'un mouvement de nutrition beaucoup plus active qu'à tout autre âge (*Anat. gén.* Syst. séreux, art. IV, § 1er, *État de ce système dans le premier âge*) ? Mais ce qui ne me paraît pas contestable, c'est de considérer l'encéphalite, maladie assurément susceptible de se développer chez l'embryon, comme une des causes les plus ordinaires de l'hydrocéphale congéniale. Ce qu'il n'est pas non plus

permis de révoquer en doute, c'est, de la part de la mère, le rôle important, quoique tout-à-fait occulte, de je ne sais quelle idiosyncrasie, de je ne sais quelles conditions fatalement inhérentes à la constitution; autrement, comment concevoir le cas de cette jeune femme juive dont Joseph Frank nous parle (*loc. cit.*) pour l'avoir vue et lui avoir donné des conseils malheureusement infructueux, laquelle, sur huit accouchemens, tous les huit survenus au septième mois de la grossesse, mit sept fois au monde un enfant hydrocéphale? Enfin, un fait de pure et simple observation, mais qui doit être noté comme une donnée dans l'intérêt de la solution des problèmes étiologiques, c'est que l'hydrocéphale, déjà évidente, a été rencontrée par Osiander (*Annalen der Entbindungslehranstalt zu Gættingen*, livre Ier, p. 58-61) dès le second mois de la grossesse; et il paraît clair qu'elle peut prendre naissance indifféremment à une époque quelconque du cours ultérieur de la vie intra-utérine.

936. *Diagnostic.* — Je me bornerai à dire que l'on doit bien prendre garde de confondre les nouveaux-nés purement et simplement atteints d'une hydrocéphale :

1° Avec les monstres exencéphaliens, (Notencéphales, Proencéphales, Podencéphales, Hyperencéphales, Iniencéphales, Exencéphales), pseudencéphaliens (Nosencéphales, Thlipsencéphales, Pseudencéphales), anencéphaliens, (Dérencéphales, Anencéphales). — Voyez, à cet égard, le Traité de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire (24), t. I^{r}, p. 293-374.

2° Avec ceux qui portent une des variétés quelconques de l'encéphalocèle simple (Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, *op. cit.*, t. I, p. 349-51).

3° Avec ceux qui ont, à l'extérieur du crâne, une de ces tumeurs constituées par l'extravasation du sang, le plus ordinairement sur l'un des pariétaux, et surtout produites dans les accouchemens longs, pénibles, laborieux et où interviennent des manœuvres plus ou moins violentes (Hydrocéphale sanguine, d'Aétius; Céphalématome, de quelques auteurs contemporains).

Dans les bornes où je suis obligé de me contenir, je ne puis qu'indiquer les difficultés, les problèmes du diagnostic, et non pas me laisser entraîner à l'étude complète des rapports et des différences qui existent entre l'hydrocéphale congéniale et les divers cas sus-mentionnés.

937. *Pronostic.* — A peu près sans espérance. (932. D.)

938. *Thérapeutique.* — Il ne s'agit pas de guérir l'hydrocéphale congéniale. Tâchons seulement de pallier le mal et de prolonger la vie, si faire se peut; et voilà, certainement, une tâche où il sera beau, mais où il sera bien rare de réussir. Les conseils de l'art ne pourront avoir du succès qu'autant qu'ils seront secondés par la vigilance ininterrompue d'un dévouement maternel véritablement poussé au-delà des bornes or-

dinaires, et, pour ainsi dire, jusqu'à un point d'exaltation merveilleuse.

Avant tout, il faut soigneusement garantir le crâne de toute injure extérieure ; et c'est particulièrement dans ce but, entre autres précautions que je me joindrais à Van Swieten (*Comment. in aph.* 1218) pour recommander l'emploi d'une calotte ou d'un serre-tête de maroquin qui serve, non pas tant à comprimer le crâne hydrocéphalique qu'à le protéger, qu'à en soutenir et à en raffermir les faibles parois. Je me dispense, au surplus, de redire ici tous les systèmes de bandage, toutes les coiffures, toutes les espèces de bourrelets qu'on pourrait mettre à profit dans le même but.

Après cela, il est assurément fort raisonnable de soumettre les enfans hydrocéphales à diverses médications qui paraissent plus ou moins propres, selon le cas, à prévenir les accroissemens de l'épanchement intra-crânien.

Médication corroborante. Médicamens anti-scrofuleux. Purgations. Sirop des cinq racines et autres diurétiques. Vésicatoires, sétons, cautères ou moxas, à la nuque ou en d'autres points. Au besoin, et d'après l'indication fournie par l'apparition de phénomènes accidentels d'hypérémie encéphalique, application de sangsues derrière les oreilles ou sur les côtés du cou, pédiluves sinapisés, etc. Mais c'est à peine si j'oserais accorder jamais mon assentiment à l'emploi de la compression, même douce et modérée, même conduite avec une attentive prudence.

Devrais-je passer sous silence la paracentèse du crâne? Bien des fois déjà, en divers temps et en divers pays, cette opération a été pratiquée, tantôt avec le trois-quarts, tantôt avec la lancette, sur un des points membraneux où l'on n'a pas à craindre de piquer les sinus de la dure-mère. Mais, dans tous les cas authentiquement connus, elle n'a eu que des effets malheureux. La mort est survenue à l'instant même, ou bien peu de jours après. Quelquefois, il est vrai, mais par exception bien rare, la victime n'a pas succombé à la première ponction, et a pu en subir de nouvelles (trois, quatre, huit ou davantage), auxquelles on la condamnait par suite de la reproduction plus ou moins rapide de l'épanchement hydrocéphalique. Toujours est-il que le funeste dénouement de la maladie paraît avoir été constamment avancé par l'intervention malencontreuse de l'opération. Et, après tout, en effet, l'incertitude du diagnostic quant au siége précis de l'épanchement et quant à la disposition du cerveau, la chance probable de léser ce viscère ou les sinus de la dure-mère, les dangers infailliblement attachés au vide brusque et soudain du crâne et à l'introduction de l'air, l'inévitable reproduction de la sérosité, ce sont déjà autant d'argumens *à priori* contre une opération que les fastes de l'observation jusqu'à présent, et à part quelques assertions douteuses et suspectes, ne nous montrent que bonne

à hâter la mort. Aussi, voit-on les meilleurs auteurs, les véritables maîtres de l'art, proscrire d'un accord à peu près unanime la paracentèse du crâne. Les chirurgiens les plus éminens, — comme, par exemple, Boyer (*Tr. des maladies chirurg.*, t. V, p. 216), — ne la veulent point admettre, ne lui veulent pas reconnaître un droit de cité dans la pratique d'une sage et bonne chirurgie.

§ III. De l'Hydrocéphale chronique acquise.

939. *Bref aperçu.* — Chez certains enfans, avec ou sans préexistence d'une disposition congéniale plus ou moins évidente, une hydrocéphale bien et dûment caractérisée apparaît à une date plus ou moins éloignée de la naissance, et augmente graduellement le volume de la tête. C'est là ce que nous appelons l'hydrocéphale chronique acquise.

Les circonstances qui dès la naissance et dans les premiers temps de la première enfance annoncent assez ordinairement la future apparition d'une hydrocéphale chronique, sont: 1° une tête plus grosse et plus lourde qu'il ne faut par rapport au reste du corps; 2° les yeux trop saillans, et, comme on les appelle vulgairement, à fleur de tête; 3° les arcades surciliaires trop haut situées; 4° les caroncules lacrymales peu apparentes, et, pour ainsi dire, cachées; 5° les veines du front et des tempes, plus larges que de coutume; 6° les fontanelles trop spacieuses et demeurant, comme on dit, longtemps ouvertes; 7° le retard de développement de l'intelligence, de la parole, et de la faculté de marcher; 8° un certain penchant à la somnolence.

La maladie une fois déclarée, le volume du crâne va s'agrandissant et peut atteindre à des dimensions énormes. Je ne sache pas, en ce genre, de cas plus extraordinaire que cette tête dont parle Joseph Frank pour l'avoir vue et examinée dans le musée de Cruikshank, et qui avait 52 pouces de circonférence, c'est-à-dire dans notre nouveau style métrique, environ 1 mètre et 40 centimètres [1]; c'était la tête d'un enfant qui, à huit mois, avait été atteint d'hydrocéphale, et qui était mort à seize mois (J. Frank, *loc. cit.*, § XXI, n° 3). Il y a dans les annales de l'art nombre d'exemples où la tête présenta, chez des enfans à la mamelle, une circonférence de 18 pouces (50 centimètres), et, chez des adolescens, une circonférence de 30 ou même de 35 pouces (80 à 95 centimètres, évaluation approximative en nombres ronds). Il va sans dire que, dans un semblable agrandissement du crâne, se trouvent élargis les espaces membraneux qui existent entre les diverses pièces os-

[1] C'est par inadvertance que, dans le traité de M. Grisolle (t. I, p. 698), ce tour de tête, déjà si prodigieux tel qu'il était réellement, a été évalué à plus de deux mètres.

seuses : ainsi, par exemple, Joseph Frank cite un enfant d'un an et demi, chez qui l'espace laissé entre le coronal et les pariétaux avait 3 pouces (8 à 9 centimètres), et l'espace correspondant à la suture sagittale, 9 pouces (24 à 25 centimètres). Quelquefois même, c'est-à-dire quand l'hydrocéphale ne commence à se développer que chez un enfant déjà grand et dont les sutures crâniennes sont formées, il arrive que les divers os de la voûte, depuis plus ou moins longtemps réunis et engrenés les uns aux autres, mais non pas encore pourtant soudés indissolublement, se désarticulent peu à peu sous l'effort du liquide qui les presse intérieurement, vont s'écartant de plus en plus, et finissent par laisser entre eux, comme dans une hydrocéphale congéniale, ou développée peu de temps après la naissance, des espaces considérables de parties molles en forme de cloisons membraneuses. Il y a plus encore; il se peut, et je ne sais même si j'avais besoin de rappeler ici d'une façon expresse une particularité déjà signalée dans la description de l'hydrocéphale congéniale (932. A. α), il se peut, dis-je, que dans ces espaces mous et membraneux, et notamment à l'endroit de la grande fontanelle, la dure-mère soulevée par l'accumulation de la sérosité fasse hernie, et qu'elle constitue là une sorte de tumeur ou poche plus ou moins saillante.

Quant à ce qui resterait à dire concernant la symptomatologie de l'hydrocéphale chronique acquise, soit encore sous le rapport de l'habitude extérieure, soit sous celui des désordres fonctionnels, soit enfin sous celui de la marche, de la durée et de l'issue de cette maladie, je n'aurais qu'à répéter la symptomatologie de l'hydrocéphale congéniale (932) ; et j'y renvoie donc les lecteurs.

Rien de particulier non plus à noter ici en fait de résultats nécroscopiques : rien, encore un coup, que je n'aie déjà indiqué (933).

Quant à ce qui concerne l'étiologie de l'hydrocéphale chronique acquise, rappelons d'abord que, dans bon nombre de cas, comme je l'ai fait entendre dès le commencement même de ce paragraphe, cette affection est due en grande partie, si ce n'est même exclusivement, à une prédisposition originelle, souvent très reconnaissable à l'instant de la naissance, et sur le compte de laquelle nous avons précisément à invoquer les mêmes causes qu'à l'égard de l'hydrocéphale congéniale (935). De plus, il me semble hors de doute que, indépendamment d'une telle prédisposition, elle peut aussi très bien être produite, d'une manière véritablement accidentelle, et à titre incontestable de maladie acquise dans toute la rigueur du terme, par l'action de diverses causes que nous avons dû accuser ailleurs comme étant propres à engendrer une hydrocéphale aiguë de nature phlegmasique ou non (565 et 928). Si ces causes-là ont parfois l'effet ici en question, c'est qu'elles agissent alors d'une façon douce et lente; c'est que, surtout, l'ossification en-

core imparfaite du crâne permet au mal de revêtir, au lieu de la forme aiguë, une forme chronique, par cela même qu'elle n'oppose pas une barrière inflexible à l'extension de l'épanchement séreux, et qu'elle se prête facilement à une dilatation indéfinie de la cavité crânienne, où par conséquent le cerveau reste plus à l'aise qu'il ne l'eût été dans le cas contraire. Accusons notamment, sans hésiter, comme causes occasionnelles de l'hydrocéphale chronique acquise, les violences extérieures qui viennent, par malheur, à frapper le crâne d'un jeune enfant; voir, entre autres exemples, à l'appui de cette vérité étiologique, le fait rapporté par Joseph Frank (*loc. cit.*, n° 5, en note). De plus, enfin, je crois devoir encore reconnaître et signaler ici expressément une cause sur laquelle M. Barrier a, dans ces derniers temps, fixé à très juste titre l'attention des médecins. Cette cause, c'est la gêne particulière de la circulation veineuse de tout l'intérieur du crâne, en raison de la compression exercée sur le sinus droit par une de ces productions hétérologues si communes dans l'enfance, c'est-à-dire par un volumineux tubercule. Il faut pour cela deux conditions très bien mises en lumière par M. Barrier. Il faut : 1° que le tubercule occupe la partie médiane du cervelet; 2° qu'il fasse en haut une saillie assez considérable pour refouler la tente cérébelleuse et comprimer le sinus susdit. Voilà certes une cause bien réelle ; mais après tout, il faut le dire, elle est exceptionnelle et rare; et je ne comprends guère, en vérité, comment il se peut que MM. Rilliet et Barthez ne soient pas éloignés de la proclamer comme la seule et unique en fait d'hydrocéphale chronique acquise.

En ce qui touche à la séméiotique, voici d'abord un conseil que je crois à propos d'adresser aux jeunes praticiens; prenez garde, leur dirai-je, de proclamer tout de suite et à la légère l'existence d'une disposition certaine à l'hydrocéphale, de poser en manière de prophétie assurée la prodiagnose de cette maladie, toutes les fois qu'un enfant aura la tête d'une grandeur extraordinaire, ou que l'ossification de la fontanelle sincipitale tardera de se faire; car l'un et l'autre cas ont été observés sans que subséquemment une accumulation morbide de sérosité se formât au-dedans du crâne. L'hydrocéphale est-elle décidément constituée? Le diagnostic n'est rien moins que difficile, en règle générale. Quelquefois, je dois le dire, peut-être sera-t-on exposé à se méprendre en présence de l'une ou l'autre des deux affections que voici : 1° l'hypertrophie de l'encéphale, maladie d'ailleurs si rare, si peu connue, si peu étudiée jusqu'à présent, que je n'ai pas cru — est-ce à tort ou à raison? — devoir lui consacrer un article à part dans le chapitre des hypertrophies; 2° l'affection cancéreuse, communément désignée sous le nom de *fongus hématode*, de *fongus de la dure-mère*, cas excessivement rare dans l'enfance. Quant à distinguer la tête d'un enfant hydrocéphale

d'avec celle d'un enfant géant, ou, pour mieux dire, destiné à devenir tel, il faut particulièrement avoir égard à la disproportion qui existe, dans cette tête-là, entre le crâne et la face : non pas pourtant qu'il soit impossible de rencontrer la coïncidence d'une hydrocéphale avec une face dont les os aient une grandeur vraiment gigantesque. Cela s'est vu. Au surplus, ajouterai-je par manière de parenthèse, c'est bien moins de leur vivant qu'après leur mort que les sujets hydrocéphales peuvent en imposer pour des géans : c'est lorsque les os de leur crâne, une fois séparés d'avec le reste du squelette, se retrouvent isolés au sein de la terre. C'est, par exemple, en s'appuyant sur la découverte de pareils ossemens dans certaines fouilles que l'on a parfois conclu à l'existence passée, anté-historique ou anté-diluvienne, de races humaines d'une stature prodigieusement, ou, pour mieux dire, fabuleusement haute.

Ici encore, comme à l'égard de l'hydrocéphale congéniale, le pronostic doit être sombre et sinistre (937) : la mort, voilà toujours la règle ; la prolongation de la vie jusqu'à un âge plus ou moins avancé est une chance fort exceptionnelle. Toutefois, peut-être doit-on admettre une légère différence à l'avantage de l'hydrocéphale acquise. Celle-ci, à ce que nous racontent quelques auteurs, se serait parfois guérie, et notamment à la suite du développement des écrouelles, qui auraient joué là le rôle de phénomène critique (54. F.). Mais de tels faits ont-ils toute l'authenticité désirable?

Après les considérations thérapeutiques que j'ai données relativement à l'hydrocéphale congéniale (938), et auxquelles je renvoie nos lecteurs, je n'ai rien, absolument rien à ajouter, en ce genre, sur le compte de l'hydrocéphale chronique acquise, dont le traitement doit être précisément soumis aux mêmes principes.

ARTICLE VIII.

HYDRAMNIOS. (883. J.)

(Auteurs contemporains : — de Ἀμνίον, amnios, voy. no 884.)

940. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — Dans le Traité *De la nature féminine* (Περὶ γυναικείης φύσιος). Ed. Kuhn, t. II, p. 571 et suiv. — Dans le Ier livre du Traité *Des maladies féminines* (Γυναικείων πρῶτον). — Les deux passages que je cite ne me semblent guère avoir trait qu'à l'hydropisie utérine des femmes grosses, c'est-à-dire à notre hydramnios.

COUSIN. (Cité par Ploucquet, art. *Hydrops uteri.*) *Diss. sur le traitement de l'hydropisie de la matrice, accompagnée d'inflammation dans l'état de grossesse.* Paris, 1783, in-8°. — Desormeaux, dans l'article que je vais citer ci-après, exprimait le regret de n'avoir pu

se procurer cette dissertation, où il avait espéré, dit-il, trouver quelque lumière.

ITARD. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. XXII, p. 317-9). — Art. *Hydromètre*, § XIII-XVII. (Deuxième espèce : *Hydromètre dans la grossesse.* A. *Hydromètre intra-membraneux.* Par opposition à : — B. *H. extra-membraneux.* Entre le chorion et les parois utérines ; — et C. *H. inter-membraneux.* (?). Entre le chorion et l'amnios.)

DESORMEAUX. — (Dans le *Dict. de méd. en* 21 *vol.*, t. XI).—Art. *Hydromètre*..... 2° *Hydrom. des femmes enceintes.* — Article reproduit dans le *Répert.*, t. XV, p. 562-9 ; avec un appendice (p. 569-72), par M. Paul Dubois, sur les pertes d'eau qui ont lieu chez quelques femmes pendant le cours de la grossesse, et qui n'empêchent pas, en général, le développement du produit de la conception, que nous devons imputer, suivant toute apparence, à l'Hydromètre extra-membraneux d'Itard (Fausses eaux, vulgairement. — Hydrallante, de Dugès, art. *Hydromètre* du *Dict. de méd. et de chir. prat.;* car, suivant lui, c'est dans l'allantoïde qu'on serait en droit de supposer, avec le plus de vraisemblance, le siége et la source des fausses eaux. — Hydrorrhée, de M. Cazeaux et de M. Chailly.)

GODEFROY (professeur à Rennes.) *Note pour servir à l'histoire de l'hydramnios.* (Dans le *Journ. des conn. médico-chir.*, novembre 1844.)

CHAILLY. — (*Traité pratique de l'art des accouchemens*, 2e édition, Paris, 1845, in-8°.) IIe partie, chap. IV, art. IV, § 1, *Hydropisie de l'amnios ;* — § 3, *De l'hydrorrhée.*

CAZEAUX. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchemens*, 2e édit. Paris, 1845, in-8°.) IIe partie, titre IV, chap. I, art. 4.

941. *Nosologie.* — A. Comme la quantité du liquide normalement contenu au dedans de la membrane ammios est fort variable, il n'est pas permis de fixer précisément, à cet égard, les limites où commence l'état pathologique : d'autant que l'augmentation des eaux de l'amnios peut même aller, parfois, jusqu'à un degré considérable sans se montrer incompatible avec la vie du fœtus, ni sans ajouter quelque chose aux malaises ordinaires de la femme grosse. Toutefois, de l'aveu à peu près unanime des hommes qui font autorité en matière de tocologie, dès que les eaux de l'amnios dépassent deux litres ou seulement même un litre et demi, le cas doit être regardé comme un cas décidément pathologique.

B. Ce qu'il y a de plus essentiel et de plus caractéristique entre les

symptômes de l'hydramnios, c'est un accroissement rapide de l'utérus, hors de proportion, surtout, avec l'époque où en est la grossesse. A cela il se joint, d'ordinaire, un sentiment de pesanteur excessive dans le fond du bassin, et souvent aussi, une douleur sourde dans l'utérus. Quand l'hydramnios existe à un degré très prononcé, l'avortement en est presque toujours la conséquence; et, en général, c'est à cinq ou six mois de grossesse que le mal, développé depuis plus ou moins longtemps, entraîne un semblable effet. En pareille circonstance, les eaux qui s'écoulent de l'utérus vont communément à dix ou douze litres. Quelques observateurs les ont vues plus abondantes encore. Dans certains cas, elles ont été évaluées en poids, ancien style, à 30, à 36, à 40 livres, voire même davantage (15, 18 ou 20 litres, en mesure de capacité, nouveau style). Généralement, ces eaux si extraordinaires sous le rapport de leur abondance ont, sous le rapport de leur apparence physique et de leur nature chimique, une ressemblance parfaite avec les eaux ordinaires de l'amnios. Mais quelquefois, à ce qu'il paraît, elles se sont montrées troubles, lactescentes, floconneuses, et en tout semblables à l'épanchement séro-fibrineux d'une membrane séreuse enflammée.

C. Si l'hydramnios simple, sans inflammation de l'amnios, ni du placenta, ni de l'utérus, entraîne le plus souvent la nécessité de l'avortement, c'est apparemment par le seul fait de la distension excessive qu'éprouve l'utérus, et qui doit naturellement l'exciter à entrer en contraction. Quelquefois, cependant, la grossesse n'en parvient pas moins à terme; mais d'ordinaire, alors, l'enfant est chétif, faible, à peine viable, et ne tarde pas à périr. Quelquefois, aussi, le fœtus meurt sans être immédiatement expulsé; et avec sa mort coïncide assez ordinairement une augmentation rapide de la collection séreuse. Tantôt, dans le cas que je viens de signaler, le fœtus garde ses apparences physiques assez intactes, quoique avec une macération proportionnée au temps qui s'écoule entre sa mort et son expulsion; tantôt il est complétement déformé, changé en une masse presque méconnaissable et infiltrée tout entière d'une sérosité brunâtre. Parfois même, quand le cas en question survient dans les premiers mois de la grossesse, le cadavre du fœtus peut tomber en déliquium et disparaître dans les eaux de l'amnios, devenues plus ou moins troubles et sanieuses; ou bien, aussi, il peut se durcir et se conserver indéfiniment.

942. *Étiologie.* — Quoique n'ayant pas cru nécessaire d'étudier *ex professo* l'inflammation de l'amnios dans la tribu des inflammations séreuses (306), je ne suis pas de ceux qui la qualifient de chimère. Je ne doute pas, au contraire, qu'elle ne soit une réalité; que, notamment, elle ne sévisse quelquefois à titre d'hydrophlegmasie, comme tous les autres genres de la même tribu nosographique; et que, en un mot, elle

ne soit une des causes les plus positives de l'hydramnios. Témoin l'observation du docteur Mercier, communiquée en 1812 à la Société de médecine de Paris, et citée par Desormeaux, qui nous en redit les principales circonstances. — Grossesse de cinq mois; eau froide bue en grande quantité, le corps étant en sueur; invasion d'une maladie semblable, par ses symptômes, à une métro-péritonite violente; amendement marqué, à la suite d'un traitement antiphlogistique; matrice devenue aussi volumineuse que si la grossesse eût été à terme; avortement, le quinzième jour de la maladie; deux fœtus; amnios de l'un de ces fœtus, épaissi, contenant plus de dix livres d'une sérosité trouble et floconneuse, et recouvert intérieurement d'une couche pseudo-membraneuse.

Il paraît aussi que la placentite, sans inflammation de l'amnios lui-même, peut se montrer accompagnée d'un hydramnios simple et uniquement dû à un travail de supersécrétion : voyez, par exemple, la II[e] observation de M. Godefroy (*loc. cit.*). En d'autres termes, sous l'influence des conditions pathogéniques qui produisent dans le placenta et même sur toute l'étendue des parties extérieures de l'œuf un molimen hypérémique poussé jusqu'à l'inflammation (178. D. δ.), tout peut se borner, du côté de l'amnios, à l'accroissement de la sécrétion dont cette membrane est naturellement le siége (178. D. G.).

Desormeaux pensait que la pléthore était une condition des plus propres à favoriser le développement de l'hydramnios simple, la condition quelquefois la plus importante à considérer pour le traitement prophylactique et curatif de cette hydropisie. Et il est vrai de dire qu'à l'appui de cette opinion il nous rapporte une observation bien digne de remarque. « Une jeune dame, » raconte-t-il, « épileptique dès sa naissance, devint » enceinte ; les accès d'épilepsie furent presque suspendus, et la grossesse » n'offrit rien de remarquable, si ce n'est que l'abdomen était plus vo- »lumineux qu'il ne semblait devoir l'être. A quatre mois et demi ou » cinq mois, des contractions utérines se manifestèrent sans cause appa- » rente, et expulsèrent avec une grande quantité d'eau un fœtus mort » depuis quelque temps et tellement infiltré d'une sérosité rougeâtre » que la forme des parties était absolument méconnaissable. Une se- » conde grossesse survint. Des signes de pléthore exigèrent l'emploi » réitéré de la saignée. L'avortement eut encore lieu avec les mêmes » circonstances, mais seulement du sixième au huitième mois. Je pen- » sais que la saignée avait eu une influence favorable pour prolonger le » terme de la grossesse. Dans une troisième grossesse, je la mis en usage » dès que le plus léger indice de pléthore se fit apercevoir. La grossesse » se prolongea jusqu'au commencement du neuvième mois. Il n'y eut » pas d'hydropisie de matrice, et cette dame donna le jour à une petite

» fille bien portante et qui s'est élevée jusqu'à l'âge de quatre ans. Une » quatrième grossesse pendant laquelle la saignée ne fut pas ménagée » parvint à son terme naturel, et donna naissance à un enfant fort, qui » est encore vivant. Lors d'une cinquième grossesse, l'avis d'un méde- » cin qui n'avait pas été témoin de ces antécédens, et qui redoutait » l'usage répété de la saignée chez une épileptique, jeta de l'indécision » dans l'esprit de la famille; il fallut attendre des signes évidens de » pléthore pour tirer du sang. Une saignée seulement fut pratiquée. La » grossesse se développa sans accidens; mais vers le sixième mois la » matrice prit rapidement un grand développement. Dès que je m'en » aperçus, je fis une saignée. Il était probablement trop tard; l'hydro- » pisie prit un accroissement rapide, les contractions utérines se mani- » festèrent, et l'avortement eut lieu en même temps que l'expulsion » d'une grande quantité de liquide que je puis bien évaluer à quatre ou » cinq pintes. Enfin une sixième grossesse, dans laquelle je puis dire » que la saignée fut prodiguée, eut un résultat complétement heureux. »

Enfin, et même, ce semble, à beaucoup plus de titre que la pléthore, la grossesse gémellaire doit être signalée comme particulièrement sujette à entraîner avec elle le développement de l'hydramnios. C'est du moins, de l'avis unanime des auteurs spéciaux, ce que tend à établir le relevé des observations publiées jusqu'à ce jour.

Voilà tout ce que l'on sait concernant l'étiologie de l'hydramnios.

943. *Diagnostic.* — Signes de grossesse, actuellement existans, antécédemment reconnus; développement excessif de l'utérus; flot du liquide (*Path. chir.*, t. Ier, p. 76.), sensible à une percussion méthodique, dans l'étendue occupée par ce viscère : voilà de quoi établir parfaitement le diagnostic de l'hydramnios. Le volume de l'utérus peut, sans doute, n'être pas plus grand que dans la grossesse à terme; mais ce qui doit alors nous éclairer, c'est qu'il dépasse les bornes voulues par l'époque certaine ou présumée de la grossesse. Quel doute est-il permis de garder, quand, au sein de la collection liquide, on sent évidemment, soit à l'aide du toucher vaginal, soit par la simple palpation du ventre, le battement d'un corps solide, qui ne peut être qu'un fœtus? Il n'en est pas de même lorsque l'hydramnios survient avec la mort du fœtus dans les premiers mois de la grossesse, et que, au lieu d'avorter sur-le-champ, la femme reste plus ou moins longtemps atteinte de cette hydropisie : comme le fœtus, en pareille occurrence, est trop petit pour donner la sensation du ballottement, et que, parfois même, il tombe en déliquium (941. C.), il est à peu près impossible de ne pas confondre un semblable cas avec l'hydromètre proprement dit, jusqu'à ce qu'ait lieu l'expulsion du liquide; mais, lors de cette expulsion, l'aspect de la poche membraneuse qui renfermait le liquide lèvera tous les doutes.

944. *Pronostic.* — Très fâcheux à l'égard de l'enfant, qui, presque toujours, naît avant terme, ou ne vient à terme que faible, chétif, souffreteux et pour périr bientôt. Peu fâcheux à l'égard de la mère, du moins en règle générale. Alors même que l'avortement ne vient pas promptement mettre fin à tout le mal, alors même que l'hydramnios se maintient et continue même de s'accroître quelque temps après la mort du fœtus, tôt ou tard la nature, d'elle-même et sans secours, finit par expulser les eaux de cette grossesse avortée, et, avec les eaux, les membranes, ainsi que le fœtus et le placenta : le siége propre de l'hydropisie n'existe plus, celle-ci ne peut donc se reproduire, l'utérus revient à son volume normal, comme après l'accouchement, et tout est dit. Notons, toutefois, qu'à en juger d'après une observation de Desormeaux, ci-dessus transcrite (942), on a quelque raison de craindre que l'hydramnios ne se développe de nouveau dans les grossesses subséquentes.

945. *Thérapeutique.* — La règle, assurément, est de se borner à faire de la médecine symptomatique et palliative, jusqu'à ce que la nature elle-même mette fin au mal par un accouchement à terme, ou par un avortement plus ou moins hâtif. Du moment où les symptômes se montrent le plus pénibles et le plus alarmans, l'utérus n'est pas d'ordinaire éloigné d'entrer en contraction. Comme ces symptômes ne dépendent que du grand volume d'eau qui déplace, qui comprime et qui gêne les viscères abdominaux, et même aussi le cœur et les poumons, le moment où ils acquièrent le plus de gravité est celui où l'orifice utérin va s'ouvrir. Mais est-il toujours prudent d'attendre les efforts de la nature, et n'y a-t-il pas des cas où la vie de la femme courrait risque de succomber auparavant ? Les accoucheurs les plus sages et les plus éclairés s'accordent à professer que parfois, et surtout en raison d'une dyspnée suffocante, il peut y avoir urgence d'ouvrir artificiellement une issue aux eaux. Les uns ne craignent pas d'adopter, dans ce but, la paracentèse pratiquée entre l'ombilic et le pubis ; il y a effectivement, dans les fastes de l'art, quelques exemples d'une telle opération sans suites graves. Les autres jugent préférable de faire la ponction par le vagin et au voisinage de l'orifice utérin ; et certes, en opérant ainsi, on n'a pas à craindre la dangereuse éventualité de l'épanchement d'une certaine quantité de liquide dans la cavité du péritoine. Mais ce qui me paraît encore une meilleure méthode, c'est celle pour laquelle Desormeaux a pris parti ; c'est de se borner à rompre les membranes à travers le col utérin, si tant est que celui-ci soit perméable. Il est évident que, de cette façon, l'avortement surviendra bientôt après. Mais la même chose n'arrivera-t-elle pas après un mode quelconque de ponction utérine ? Et doit-on avoir pour but principal, pour but religieuse-

ment imprescriptible, de ménager la vie de l'enfant, tandis que celui-ci, dans toutes les observations jusqu'ici recueillies, s'est trouvé ou déjà mort à l'instant de l'accouchement, ou bien excessivement débile, à peine viable, de manière à expirer au bout d'un petit nombre d'heures, même sans que l'hydropisie de l'amnios fût poussée à un degré très considérable?

ARTICLE IX.

HYDRONÉPHROSE. (891. D.)

(Rayer : — de Νεφρός, rein. — Voir n° 880.)

946. *Bibliographie.* — BILLARD. — (*Traité des mal. des enf. nouveau-nés et à la mamelle.* 3ᵉ édit., avec notes d'Ollivier d'Angers. Paris, 1837, in-8°. — Pag. 467-71). — LIIIᵉ et LIVᵉ observations.

RAYER. — (*Traité des maladies des reins*, — t. III, p. 476-507.)

BOUCHACOURT. *Mémoire sur la dégénérescence hydatique et hydatiforme des reins chez le fœtus.* (Dans *Gazette médicale*, année 1845, n° 5.)

947. *Synonymie.* — Hydropisie du rein. — Kystes urinaires : par opposition aux kystes séreux et aux kystes hydatidifères ou acéphalocystiques du rein. — *Hydrorenal distension*, des auteurs anglais. — Dégénérescence hydatiforme des reins, de M. Bouchacourt.

948. *Symptomatologie.* — A. Tantôt l'hydronéphrose demeure, tant dans son origine que dans ses accroissemens progressifs, complétement latente, complétement étrangère à la production de quelque symptôme que ce soit, jusqu'au moment où elle vient à former dans le flanc une tumeur palpable. Tantôt, au contraire, plus ou moins longtemps avant l'apparition de cette tumeur, les sujets ont commencé par éprouver des douleurs sourdes ou vives dans la région rénale, quelquefois même de véritables coliques néphrétiques (525. C.), et, en un mot, divers symptômes en rapport avec les causes variées qui peuvent mettre obstacle au cours des urines et par là entraîner la dilatation du bassin et des calices, et sur le compte desquelles je vais revenir tout-à-l'heure (950).

B. Quant à cette tumeur formée par une hydronéphrose, elle est ordinairement indolente; la consistance en est molle; la forme bombée comme un gros intestin distendu; on y peut percevoir une fluctuation plus ou moins sensible, ou bien même le *flot du liquide* dans toute la

force du terme (*Path. chir.*, t. I[er], p. 76). Le volume de la tumeur peut varier entre celui du poing et celui de l'utérus parvenu aux derniers mois de la grossesse : on l'apprécie assez bien, au surplus, à l'aide de la palpation et de la percussion. Pour peu que la tumeur soit considérable, la région rénale reste toujours plus ou moins bombée latéralement, ainsi qu'en arrière.

C. L'hydronéphrose d'un seul rein, eût-elle même d'énormes dimensions, peut fort bien se concilier avec toutes les apparences de la santé la plus florissante. Comme le rein resté sain supplée parfaitement le rein altéré et métamorphosé en une poche inerte, il n'y a rien d'anomal ni dans la quantité ni dans la qualité des urines, à moins d'une complication telle qu'un diabète, une hématurie, une néphrite albumineuse, etc. Mais si, dans le rein jusque là resté sain, il survient un accident qui suspende la sécrétion ou l'excrétion de l'urine pendant quelques jours, même pour un seul jour, une prompte mort peut alors avoir lieu.

D. L'hydronéphrose double n'est compatible avec la vie qu'à deux conditions : il faut, 1° que l'un des deux reins, pour le moins, ne soit pas encore réduit à ce degré d'atrophie où la sécrétion urinaire devient impossible ; 2° que la poche en laquelle l'organe se trouve transformé ait encore avec l'uretère une communication, si étroite qu'elle soit, par où l'urine sorte goutte à goutte. D'ordinaire, en pareil cas, les sujets ne s'alitent que peu de jours avant la mort ; ils succombent atteints tout-à-coup de pyélite, ou bien tout simplement d'anurie.

E. Quand un fœtus à terme apporte avec lui, comme cela s'est vu déjà tant de fois, une hydronéphrose volumineuse, et surtout une double hydronéphrose, c'est assurément une cause de dystocie, et le mal peut être tel qu'il exige l'intervention de secours chirurgicaux tout particuliers (952. B.). Ai-je besoin d'ajouter qu'un nouveau-né qui présente une double hydronéphrose n'est pas viable ?

949. *Détails anatomiques.* — A. Quelquefois, quand l'obstacle au cours de l'urine existe dans l'uretère ou dans la vessie, l'hydronéphrose consiste uniquement en une dilatation du bassinet. Elle forme alors une tumeur sphéroïde plus ou moins considérable au dedans de la scissure du rein. La substance propre de cet organe, refoulée de dedans en dehors et diminuée de volume, semble, suivant l'expression pittoresque de M. Rayer, une sorte de casque qui coiffe la tumeur. Notons, de plus, qu'elle offre ordinairement une surface inégale et bosselée.

B. Mais, dans le plus grand nombre de cas d'hydronéphrose, les calices eux-mêmes se montrent distendus et dilatés comme le bassinet, avec une atrophie très considérable du parenchyme rénal, à tel point même que parfois le rein se trouve transformé en une sorte de vessie énorme et toute bosselée dont la surface présente à peine quelques

îlots de parenchyme resté intact. A l'examen intérieur de la tumeur, on la trouve multiloculaire, mais avec des différences remarquables qui sont en rapport avec le degré de dilatation de l'organe. A un degré peu avancé, les calices forment autour du bassinet, déjà plus ou moins élargi, autant de petites cavernes excentriques parfaitement distinctes, ne communiquant point du tout entre elles et ne communiquant que par une ouverture étroite avec la cavité centrale, et beaucoup plus grande, que le bassinet constitue. A un degré plus avancé de l'hydronéphrose, les cavernes formées par les calices diminuent de profondeur, et en même temps deviennent plus largement béantes dans le bassinet, au point même de s'y confondre presque entièrement.

C. Quant à la nature du liquide contenu dans la tumeur en question, il faut distinguer les deux cas que voici : 1° toutes les fois qu'une hydronéphrose est ancienne et qu'elle existe par le fait de l'occlusion complète de l'uretère, ce n'est pas de l'urine que l'on y trouve, à parler proprement, mais c'est une sorte de sérosité très albumineuse, dans laquelle, toutefois, M. Rayer assure avoir constamment rencontré une certaine quantité d'urée ; 2° quand il n'y a qu'un obstacle incomplet au cours de l'urine produite par le rein affecté, la tumeur contient de l'urine à peu près semblable à celle qui est contenue dans la vessie. Je crois ici à propos de faire remarquer que c'est en raison de cette nature séreuse ou urinaire du liquide qu'il n'est pas permis à la nosographie de confondre l'hydronéphrose avec les collections purulentes que produit la pyélite et qui peuvent aussi distendre intérieurement le rein, et le changer en un vaste kyste (525. D. — et 526. G.).

950. *Etiologie.* — Tout ce qui intercepte le cours de l'urine, de manière à la faire amasser peu à peu dans le bassinet et les calices ; calculs ou hydatides à l'entrée de l'uretère, ou dans n'importe quel point du trajet de ce canal ; compression, rétrécissement, oblitération dudit canal, de quelque façon que ce soit ; rétention prolongée et habituelle de l'urine dans la vessie, en vertu de l'une quelconque des causes diverses qui peuvent amener un semblable résultat : voilà autant de conditions propres à engendrer l'hydronéphrose. Pourvu que la pyélite ne se mette pas de la partie, et que du moins elle ne se développe pas à un degré assez prononcé pour produire une accumulation de mucus puriforme ou de véritable pus, le rein se trouve alors purement et simplement atteint d'hydronéphrose. Dans le principe, le liquide qui s'accumule est de l'urine. Mais à la longue, le rein s'atrophiant, la sécrétion urinaire cessant, la résorption enlevant certains élémens à l'urine jusque là accumulée, l'hydronéphrose finit par ne présenter que le liquide séro-albumineux dont j'ai parlé (949. C.).

951. *Diagnostic.* — A. L'hydronéphrose ne peut être reconnue

qu'au moment où elle forme une tumeur appréciable au toucher (949. B.) Et encore est-ce une difficulté assez épineuse que de ne pas confondre les tumeurs dues à l'hydronéphrose avec d'autres tumeurs rénales, notamment avec celles qui sont produites par une collection purulente en cas de pyélite, ou par une accumulation de sang dans la cavité du bassinet et des calices, ou bien par des acéphalocystes. Remarquons toutefois, 1° que dans la pyélite les urines se montrent généralement plus ou moins chargées de pus, et même de sang, à moins d'une interruption complète de communication entre le bassinet et la vessie (cas assez rare), — et que la tumeur purulente est presque toujours douloureuse, tandis qu'au contraire l'hydronéphrose est le plus ordinairement indolente; 2° que dans le cas de l'hémorragie rénale, la miction du sang est presque toujours là, et même à un degré très prononcé, pour nous donner des lumières (237. A.); 3° que dans le cas d'une tumeur acéphalocystique, le diagnostic peut être, non pas toujours, non pas souvent, mais quelquefois, parfaitement édifié par suite de la perception de ce frémissement tout particulier qui ne se fait sentir au toucher que dans les tumeurs de ce genre, et aussi par l'évacuation des acéphalocystes avec les urines. Au surplus, il faut l'avouer, n'ayons pas la prétention de tracer, entre ces divers cas, un parallèle différentiel qui ait, dans l'application, une valeur constante et absolue.

B. Je me borne à rappeler que certains cas où l'hydronéphrose avait acquis des dimensions énormes ont été pris pour des cas de grossesse, ou d'hydropisie enkystée de l'ovaire. Le développement de toutes les considérations qui peuvent épargner au praticien la honte d'une semblable méprise serait bien long, et je me l'interdis, vu les limites où je suis tenu de circonscrire mon ouvrage.

952. *Thérapeutique.* — A. En présence d'une tumeur bien et dûment reconnue pour une hydronéphrose, que faire? Quelle conduite tenir? Pour moi, je ne vois guère qu'un seul cas où la médecine proprement dite ait le droit d'intervenir activement, dans l'espérance, bien que fort incertaine encore, d'accomplir la guérison radicale du mal. C'est lorsque l'examen de l'urine et la considération de diverses circonstances antécédentes ou actuelles autorisent à présumer que l'obstruction de l'uretère est due à un calcul, et que ce calcul a telle ou telle nature. En pareille occurrence, il est permis d'insister sur l'emploi d'une médicamentation lithontriptique (132. D. ζ.). Quant à la chirurgie, ne nous hâtons pas trop d'en réclamer le secours: ne conseillons pas la ponction avec le trois-quarts, dès que la tumeur rénale apparaît et se montre manifestement remplie par un liquide. Cette opération ne doit être faite qu'autant qu'elle est réclamée, avec un certain degré d'ur-

gence, par des accidens vraiment sérieux, dus au volume énorme de la tumeur ou bien à ce que cette tumeur devient le siége d'une inflammation, d'une pyélite, qui reste rebelle aux moyens antiphlogistiques ordinaires. Autrement, quand l'hydronéphrosé est indolente et à peu près inoffensive, quand elle permet à la personne de prolonger indéfiniment sa vie dans le *statu quo*, à quoi bon pratiquer une ponction qui peut produire l'inflammation de la poche rénale, produire même, comme cela s'est vu quelquefois, une péritonite, et amener ainsi la mort de la personne? Ce serait là une opération insensée, j'allais presque dire criminelle.

B. Lorsque, chez un fœtus à terme, l'hydronéphrose, double ou même bornée à un seul rein, a des dimensions telles, rend le ventre tellement monstrueux, que l'accouchement naturel soit impossible, comment l'accoucheur doit-il agir? Voici, à cet égard, les préceptes que donne M. Bouchacourt, et qui me paraissent parfaitement rationnels: 1° commencer par opérer la ponction abdominale avec un trois-quarts, comme si l'on avait affaire à une ascite; car, après tout, il se pourrait que le cas donné fût une ascite et non pas une hydronéphrose, la distinction étant assurément de toute impossibilité tant que l'enfant se trouve dans l'utérus; 2° si cette ponction est insuffisante, si elle ne vide pas et n'affaisse pas le ventre de façon à permettre que l'accouchement s'accomplisse, pratiquer une ouverture beaucoup plus large, et, au besoin, arracher les tumeurs.

ARTICLE X.

HYDROMÈTRE. (891. E.)

(Modern. : — de Μήτρα, matrice. — Voyez n° 880.)

953. *Bibliographie.* — VESALE (*De corporis humani fabricâ*, lib. VI, c. 9)—Atteste avoir trouvé,— dans le cadavre d'une femme de cinquante ans, ouvrière à Augsbourg, qui depuis plusieurs années avait un ventre d'une prodigieuse grosseur, — l'utérus rempli d'un liquide séreux dont la quantité s'élevait à cent quatre-vingts livres (livres de douze onces, probablement).

FERNEL — (*Pathologia*, — lib. VI, c. 15) — Rapporte le cas d'une femme qui, chaque mois, à l'approche des règles, rendait par l'orifice utérin, une quantité considérable de sérosité citrine (de quoi remplir six ou huit bassins) : le ventre s'affaissait, le flux menstruel avait lieu; puis une nouvelle collection de sérosité se reformait pour être de nouveau expulsée à l'époque suivante; enfin cette femme guérit, devint enceinte, et mit au monde un enfant bien portant.

MAURICEAU. — (*Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.* Paris, 5e éd. 1712, 2 vol. in-4°, t. Ier, p. 74). — « Il y a encore d'autres femmes, » dit cet auteur, « qui croyant » être effectivement grosses d'enfant, n'ont que des hydropisies de » matrice comme il est arrivé à une marchande de bois carré à Paris, » que j'ai bien connue, laquelle n'a jamais eu d'enfans, quoiqu'elle » en ait eu des passions étranges, jusques au point d'en espérer à » cinquante-cinq ans, à cause qu'elle avait encore pour lors quelque » peu de menstrues. On persuada une fois à cette femme, sur le » récit des signes qu'elle disait avoir, durant l'espace de dix mois » entiers, qu'elle était grosse, de quoi la sage-femme et plusieurs » autres l'assurèrent (aussi le croyait-elle elle-même, car il n'est » pas difficile d'être persuadé de ce qu'une forte passion nous fait » espérer), à cause qu'elle avait effectivement le ventre enflé, et » disait même sentir mouvoir son enfant, et le croyait si bien » qu'un jour se trouvant plus mal qu'à l'ordinaire, après avoir fait » préparer une très belle couchette pour l'enfant qu'elle s'imaginait » avoir, elle envoya quérir sa sage-femme, qui, étant venue, lui » dit que c'était effectivement pour accoucher ; mais un jour ou » deux après, ayant toujours espéré un enfant jusqu'alors, elle » vida seulement des eaux et quelques vents, qu'elle rendit par la » matrice ; après quoi il fallut replier la belle toilette que l'on avait » préparée. »

GEOFFROY — (Dans *La médecine éclairée par les sciences physiques*, journal de Fourcroy, t. II, n° 2) — Rapporte le cas d'une femme qui pendant six années présenta des alternatives d'hydromètre et de pertes aqueuses à époques irrégulières, sans éprouver un notable dérangement de santé et sans qu'elle voulût faire aucun remède. Vers l'âge de quarante-deux ans, ces accidens, après avoir diminué peu à peu, cessèrent totalement, avec la cessation définitive des règles et sans incommodité subséquente.

DESORMEAUX. — (Dans *le Dict. de méd. en* 21 *vol.*, t. XI, page 177-85. — Art. *Hydromètre*. § Ier, *H. ascitique*). — Travail reproduit dans le *Répert.*, t. XV, p. 555-62.

DUGÈS. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. X, p. 151-6). Art. *Hydromètre ou Hydrométrie.*

TESSIER (de Lyon). *De l'hydropisie et de la tympanite utérines hors de l'état de gestation.* (Dans *Gazette médicale*, année 1844, n° 1).

954. *Remarque préliminaire.* — Avant tout, il s'agit de savoir si l'hydromètre proprement dite, telle que nous l'entendons et la posons

dans le présent article, si une hydropisie utérine sans le moindre commencement de grossesse, et par la simple rétention d'un liquide séreux peu à peu sécrété à l'intérieur de l'utérus, est ou non une réalité. Quelques médecins n'hésitent pas à se déclarer pour la négative, à qualifier de chimère l'idée d'une affection pareille. Et il paraît que dernièrement encore, au congrès scientifique de Strasbourg, en septembre 1842, deux hommes d'une très importante autorité, MM. Stoltz et Nægele, se sont inscrits en faux contre la possibilité de l'hydromètre proprement dite. C'est au bruit des paroles prononcées par ces accoucheurs célèbres que M. Tessier, de Lyon, s'est ému, et qu'il a pris la plume pour réfuter l'opinion trop absolue qu'ils ont soutenue ou que leur a prêtée M. Pétrequin dans le compte-rendu du congrès. Pour ma part, je suis tout-à-fait convaincu que les observateurs d'il y a deux ou trois siècles, dans l'enfance de l'anatomie pathologique, ont pris des hydropisies enkystées de l'ovaire pour des hydropisies utérines. Puis, en combien de livres n'a-t-on pas cité de semblables faits sur la foi seulement de la dénomination qui, à tort ou à raison, y avait été attribuée dans le principe ! Telle est, par exemple, ma conviction en ce qui concerne le cas de Vesale. Je ne voudrais pas affirmer sans réserve, à l'égard de certains autres cas, tels que ceux de Fernel, de Mauriceau et de Geoffroy, que la grossesse y était absolument étrangère ; qu'elle n'y était pour rien ; en un mot, que ce n'étaient point là des cas d'hydramnios. Mais je ne voudrais pas non plus me permettre d'assigner des bornes, sans raisons irréfragables et péremptoires, à ce que peut la nature dans la voie des phénomènes pathologiques. J'aimerais mieux dire, comme Baudelocque, d'illustre mémoire, le disait, que l'hydromètre est une affection à tel point rare qu'à peine chaque siècle en fournit-il aux fastes de l'art un ou deux exemples. Loin que l'hydromètre nous paraisse une impossibilité physique, l'analogie ne nous commande-t-elle pas, au contraire, de l'admettre et de la poser *à priori*, de pair et pour ainsi dire côte à côte avec l'hydropisie de la cavité du tympan et avec celle du sinus maxillaire, deux maladies incontestablement établies par l'observation et que tous les auteurs s'accordent à reconnaître. Encore bien même que ce ne fût jamais l'hydromètre proprement dite qui donnât à l'utérus un développement excessif et en quelque sorte ascitique, et qu'il fallût, dans le cas d'un semblable développement, accuser ou un kyste ovarique ayant oblitéré l'utérus, ou un hydramnios, ou des hydatides, toujours est-il que dès à présent un fait reste irréfragablement acquis à la science : c'est l'hydromètre dans de médiocres proportions, c'est un certain degré de distension de la cavité utérine par de la sérosité, ou mieux, par du mucus séreux, à cause d'une obstruction quelconque de l'orifice, comme M. Lisfranc, entre autres observateurs,

nous en fournit la preuve dans deux cas de sa *Clinique* (t. III).

955. *Synonymie.* — *Hydrometra ascitica*, de Sauvages (class. X, *Cachexiæ*, gen. XIII, sp. 1) : en tête des autres espèces qu'il pose sous les noms de *H. gravidarum* (Hydropisie utérine des femmes grosses. — Hydramnios), *H. hydatica* (développement d'hydatides dans la cavité de l'utérus), etc. — *Hydrometra independens*, de J. P. Franck : par opposition, aussi à une hydromètre de la grossesse (*H. gravidarum*) et à une hydromètre hydatidienne (*H. hydatidea*).

956. *Symptomatologie.* — A. Tuméfaction graduelle de l'utérus, soit seulement appréciable au toucher, soit portée jusqu'à augmenter visiblement le volume de l'hypogastre et même de tout l'abdomen. Sentiment de pesanteur sur le périnée, difficulté et gêne pour marcher et pour fléchir le corps en avant, et tout cela généralement dans un degré proportionné au volume de l'utérus. Tiraillemens douloureux dans l'épigastre, les aines, les lombes et les hypocondres. Suppression des règles. Stérilité. Œdème des membres abdominaux, à raison, sans doute, de la compression qu'exerce l'utérus sur la veine cave, sur l'une ou l'autre des veines iliaques ou sur toutes les deux à la fois. Flot du liquide (*Path. chir.*, t. Ier, p. 76), très sensiblement produit par une percussion méthodique de l'utérus, dans le cas où l'hydromètre atteint à de grandes proportions. Voilà les principaux symptômes que nous devons, à la suite de tant d'auteurs, accuser et enregistrer. Mais, au surplus, il n'y a là d'essentiel et de caractéristique que la tuméfaction de l'utérus et le flot du liquide.

B. Sous le rapport de la marche que la maladie en question peut affecter, il y a lieu de distinguer, à l'exemple de Désormeaux, deux espèces principales, savoir : 1° une hydromètre dite permanente, se prolongeant des années entières, même jusqu'à la fin de la vie, étant par conséquent de nature à donner à l'utérus des dimensions extraordinaires, et, au cas qu'elle guérisse ou par les efforts spontanés de la nature ou par l'intervention de l'art, guérissant radicalement et pour toujours ; 2° une hydromètre fugace et périodique, c'est-à-dire qui s'évacue, puis se reproduit, puis s'évacue de nouveau, et ainsi à plusieurs reprises par intervalles plus ou moins longs ; exemple, le cas de Fernel et celui de Geoffroy.

957. *Étiologie.* — Deux conditions sont nécessaires pour le développement de l'hydromètre : 1° l'occlusion du col utérin ; 2° la supersécrétion d'un liquide séreux à l'intérieur de la cavité utérine, sans résorption qui fasse équilibre. Chacune de ces conditions, même prises isolément l'une de l'autre, est et doit être rare ; à plus forte raison devons-nous comprendre et prévoir l'extrême rareté des cas où toutes deux se trouvent réunies. A l'égard de la première condition, bornons-nous à dire que le cancer du col utérin, l'engorgement inflammatoire ou

l'hypertrophie de cette partie, l'obstruction du conduit par un mucus épais et tenace, et bien mieux encore, l'adhérence contractée entre les deux lèvres utérines par suite de dystocie ou de toute autre cause (299. P.), sont évidemment autant de circonstances particulières où ladite condition peut se trouver remplie : on a même accusé aussi, mais sans beaucoup de fondement, un resserrement spasmodique. Quant à la seconde condition, il est clair qu'une métrite catarrhale est éminemment propre à la remplir : et voilà pourquoi les auteurs ont dû s'accorder à reconnaître, parmi les causes de l'hydromètre, la leucorrhée chronique et les coups sur l'hypogastre.

958. *Séméïotique.* — A. Constater le développement de l'utérus, le flot du liquide dans la tumeur, ou bien les évacuations séreuses par l'orifice utérin, et en même temps l'absence des signes de grossesse, ce n'est pas encore assez pour reconnaître là en toute certitude l'hydromètre proprement dite et non l'hydramnios. Il faudra être sûr, parfaitement sûr, pour une raison ou pour une autre, que le rapprochement des sexes n'a pas eu lieu ; qu'une imprégnation ne peut en aucune façon avoir été le point de départ de la maladie ; en un mot, que la grossesse est, dans le cas donné, une hypothèse tout-à-fait impossible.

B. Le pronostic est peu grave ou du moins, veux-je dire, peu alarmant pour la vie du sujet, lorsque l'hydromètre se présentera seule ou comme le mal principal. Ai-je besoin d'ajouter qu'il n'en est pas de même, si, par exemple, l'hydromètre se montre liée à un cancer utérin ?

959. *Thérapeutique.* — Rien ou fort peu de chose à espérer, ici, de la part des purgations et des autres médications réputées hydragogues. Faut-il, suivant le conseil de quelques auteurs, avoir recours à de fortes et fréquentes secousses du corps, par le moyen de l'éternument, du vomissement, du saut, etc., dans le but de rompre les obstacles qui bouchent ou oblitèrent l'issue de la cavité utérine ? Un tel résultat est possible, assurément, dans certains cas exceptionnels ; mais si on ne l'obtient pas dès les premiers essais, on se gardera d'insister. Ce serait surtout chose bien puérile que de s'entêter à prescrire éternellement des sternutatoires. Je comprendrais mieux que l'on s'opiniâtrât dans l'emploi des injections émollientes, des douches ascendantes, et autres moyens réputés propres à combattre la métrite leucorrhéique et l'engorgement du col utérin. Au surplus, lorsque tous ces moyens seront restés inefficaces, on aura la ressource d'introduire un stylet mousse ou une sonde dans l'orifice utérin, et d'ouvrir ainsi une issue au liquide. Et, au besoin, si ces instrumens ne peuvent trouver leur route, il sera permis de pratiquer la ponction avec le trois-quarts, mais plutôt par le fond du vagin que par la paroi antérieure de l'abdomen.

CHAPITRE XI.

FLUX.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

960. *Bibliographie.* — SAUVAGES. (*Nosologia methodica*) Class. IX, *Fluxus*, ord. III (*Alvifluxus*), et IV (*Serifluxus*.)

RENAULDIN. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. XVI, p. 43-6). — Art. *Flux*.

ANDRAL. — (*Précis d'anat. path.*) Ire partie, sect. III, chap. I, art. 2, *De l'hypercrinie avec écoulement du liquide au dehors.* — (t. I, p. 354-48.)

MARTIN-SOLON. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VIII, p. 276-9.) — Art. *Flux*.

GENDRIN. — (*Tr. philosoph. de méd. prat.*) IIe partie, livre Ier, *Des diacrises en général.* — (t. II, p. 362-454.)

961. *Définition.* — Sous le nom de *Flux*, je comprends et je réunis ici en une seule famille nosographique les maladies dont le phénomène principal est la supersécrétion d'une de ces humeurs que la physiologie appelle humeurs excrémentitielles, avec ou sans altération notable des propriétés physiques et de la composition chimique de cette humeur, mais toujours avec la condition particulière que cette humeur s'écoule au dehors et forme ainsi, dans le sens propre et rigoureux du terme, un *flux* plus ou moins abondant.

Cette définition a quelque chose d'arbitraire, sans doute; je ne prétends pas le dissimuler. Elle restreint, pour les besoins ou, si l'on veut, pour les caprices de notre nosographie, la signification naturelle du mot *flux*, qui, étymologiquement, doit désigner, et désigne, en effet, dans les écrits des meilleurs auteurs, un écoulement liquide quelconque, soit normal, soit pathologique. On dit, tous les jours, par exemple, et l'on dira longtemps encore : le flux menstruel, le flux de sang, etc. Ainsi donc, à parler précisément, toutes les maladies qui vont nous occuper dans le présent chapitre sont des flux : mais tous les flux des diverses nosographies qui ont précédé la nôtre n'ont pas ici droit de cité, tant

s'en faut. Après tout, j'ai mieux aimé que la famille nosographique dont il s'agit, et qui n'est pas encore, comme celle des hémorragies, par exemple, ou celle des inflammations, consacrée par l'unanime assentiment des pathologistes, se présentât à nos lecteurs sous les auspices d'une dénomination depuis longtemps usitée, dussé-je, comme je l'ai fait, recourir à une certaine restriction, plutôt que de forger un terme nouveau, et dont l'aspect hétéroclite serait plus propre à inspirer des préventions contre les droits de la famille nosographique en question, qu'à la faire reconnaître et qu'à lui conquérir des suffrages.

Je ne crois pas hors de propos de faire bien remarquer en quoi notre définition des flux diffère essentiellement de celle que donnaient Sauvages et les autres nosographes symptomatistes; en quoi elle est beaucoup plus philosophique, beaucoup mieux appropriée aux progrès que la science a accomplis depuis lors; en quoi elle se trouve véritablement conçue au point de vue de la nosographie organique. Pour les auteurs dont je parle, le caractère prétendu classique des maladies appelées flux n'était rien autre chose qu'un symptôme, symptôme principal, il est vrai, comme ils disaient eux-mêmes, mais symptôme de nature et d'origine très variable dans les divers genres de la classe: c'était le flux considéré en lui-même et abstraction faite de la condition organique d'où il provenait; c'était purement et simplement le phénomène d'évacuation; c'était une excrétion anomale quelconque, n'importe même que les produits excrétés ne fussent pas liquides, mais gazeux, ou même solides. Aussi, voyez tout ce qu'il y a de choses disparates que Sauvages ne s'est pas fait scrupule d'agglomérer dans sa neuvième classe: il y range, en effet, avec les flux qui viennent naturellement se classer sous notre définition, non seulement les hémorragies, non seulement les excrétions gazeuses, soit par le haut ou par le bas des voies digestives (gen. XXXIII, *Flatulentia*), soit par les voies génito-urinaires (gen. XXXIV, *Aedopsophia*), mais encore l'avortement, qui, du propre aveu de l'auteur, ne figure là que d'une manière forcée et choquante; mais encore les vomissemens, quels qu'ils soient, — la passion iliaque (468), — voire même la nausée et le ténesme; mais encore l'incontinence d'urine, où la nature ne pèche assurément que sous le rapport de l'excrétion, et point du tout sous celui de la sécrétion; mais encore la puanteur de l'haleine ou de la transpiration (gen. XXXV, *Dysodia*), etc., etc. Quel chaos!

Nous, au contraire, nous posons pour caractère commun de tous les genres de la famille ici en question, non pas le symptôme, non pas le flux lui-même, non pas un phénomène aussi extérieur que cela, mais bien un phénomène pathologique plus essentiel, plus intime, et, s'il est permis de parler ainsi, plus vital, c'est-à-dire le désordre de l'action sécrétoire, exaltée, et, souvent, en même temps pervertie, dans un or-

gane déterminé. Conçue et constituée d'un tel point de vue, notre famille des flux est assurément aussi naturelle, à peu de chose près, que celle des hémorragies, par exemple, ou celle des inflammations.

Ainsi donc, si la classe des flux, telle que l'avaient faite Sauvages et ses imitateurs, a dû soulever de graves et justes objections; si M. Renauldin, par exemple, a pu (*loc. cit.*), non sans raison, la stigmatiser comme un pêle-mêle confus de maladies extrêmement disparates, ce n'est pas à dire pour cela qu'on fût véritablement en droit de la rayer tout-à-fait, au lieu de la remanier. Ce n'est pas à dire qu'aujourd'hui nous devions trouver bon, comme au temps où régnait dans l'École de Paris la nosographie prétendue philosophique de Pinel (66), et où M. Renauldin écrivait sous le prestige de l'autorité conquise par ce maître illustre, de ne conserver, dans le démembrement de l'ancienne classe des flux, aucun autre groupe que celui des hémorragies, de laisser dans l'ombre la plupart des flux dits muqueux ou séreux, ou de les subordonner tant bien que mal à divers autres genres de maladies, et, enfin, de ne reconnaître et de ne poser le diabète comme un genre à part que pour le jeter, par exemple, au milieu de cette sorte de cohue nosographique que Pinel nommait la *Classe des Lésions organiques*.

En vérité, plus j'y réfléchis, plus je me persuade que les flux tels que nous les définissons forment une famille nosographique parfaitement naturelle.

Entre la famille qui fait le sujet du chapitre précédent et celle qui va nous occuper ici, il y a un trait important de ressemblance, un point de vue commun qui les rapproche étroitement l'une de l'autre. Dans les hydropisies comme dans les flux, effectivement, il y a surabondance d'un liquide qui est le produit d'une sécrétion. Ai-je besoin de dire la différence? Dans les hydropisies, le liquide s'accumule dans une cavité close, naturelle ou accidentelle : dans les flux, au contraire, le liquide s'écoule au dehors.

Encore un mot, et je termine les remarques qui se rattachent à la définition même des flux telle que nous la formulons. Il est bien clair qu'en posant là le phénomène de supersécrétion comme le phénomène principal, comme l'élément essentiel de la maladie, nous excluons, comme de raison, les cas où l'évacuation plus ou moins abondante d'une humeur quelconque est un effet lié à une inflammation actuellement existante. Nous excluons ainsi les diarrhées entretenues par l'entérite, le ptyalisme de la stomatite, l'écoulement de l'urétrite, les fleurs blanches de la vaginite ou de la métrite catarrhale, etc., etc. Le nom de flux, encore un coup, ne doit être réservé à la maladie que lorsque la supersécrétion est l'altération principale, sinon unique, dont un organe donné se montre atteint. Il faut que l'inflammation ne soit

pour rien là-dedans, ou que du moins elle ait complétement disparu; car il est vrai de dire qu'une supersécrétion, qui aura commencé à se produire sous l'influence de phénomènes inflammatoires, peut continuer dans certains cas après la résolution de tous les phénomènes inflammatoires proprement dits, et par une sorte d'habitude pathologique qui se maintient ensuite d'elle-même et survit dans l'organe aux altérations primordiales par lesquelles elle a été créée. Tels sont les flux catarrhaux, sur la nature desquels je me suis déjà franchement expliqué (299. Q.): supersécrétions muqueuses qui survivent aux inflammations de même nom.

962. *Synonymie.* — *Apocenoses* (apocénoses), de Vogel (IIe classe, ordre IIe), et de Cullen (classe IVe, ordre IIIe); voyez ci-dessus, n° 66. De Ἀποκένωσις, évacuation.

Maladies évacuatoires, de Vitet.

Au point de vue de la supersécrétion : Hyperdiacrisies, de M. Roche; — Hypercrinies, de M. Andral; — Diacrises, de M. Gendrin; car, en grec, le verbe Κρίνω et son composé Διακρίνω, le substantif Διακρίσις, sont autant de termes pour exprimer les phénomènes de sécrétion.

963. *Le siége de la supersécrétion, pris pour base principale de la distinction des genres dans la famille nosographique ici en question.* — Les flux font leur apparition, et, s'il est permis d'ainsi dire, leur éruption, soit par la surface même de la peau (sueurs excessives, flux sébacé), soit par l'une quelconque des ouvertures ou issues naturelles du système muqueux, par la bouche, l'anus, le méat urinaire, la vulve, etc. Mais ce n'est pas tout, et nous ne devons pas arrêter là notre vue. Il faut prendre en considération la source même où s'est d'abord produite l'humeur qui vient à s'évacuer par l'une des susdites ouvertures. C'est en envisageant avant tout le siége de la supersécrétion, et non pas seulement le lieu d'excrétion, que la nosographie organique doit, en fait de flux, procéder à la distinction des genres qui méritent d'avoir chacun leur description et leur histoire à part. Est-ce l'appareil salivaire qui fait les frais du flux? Est-ce l'estomac, l'intestin ou le foie? Sont-ce les bronches? Sont-ce les reins, les testicules, ou les glandes mammaires, etc., etc.? Voilà le premier point de vue où nous nous placerons. Non pas qu'ensuite, et secondairement, il ne soit permis, peut-être même indispensable, de recourir à d'autres considérations comme moyen complémentaire de classement, comme source accessoire des caractères génériques.

C'est ainsi que, d'après les principes qui précèdent, nous reconnaissons et nous allons étudier ci-après, en autant d'articles, les genres nosographiques que voici :

1° La sialorrhée (flux provenant de l'appareil salivaire);

2° La gastrorrhée (flux par supersécrétion de l'estomac);

3° L'entérorrhée (flux par supersécrétion de l'intestin) ;

4° Le choléra vulgaire ou européen (gastro-entérorrhée séro-albumineuse suraiguë) ;

5° Le flux bilieux (ou supersécrétion hépatique) ;

6° La bronchorrhée (flux des bronches) ;

7° Le diabète (flux d'urine sucrée) ;

8° La polyurie non sucrée ;

9° La chylurie, ou flux d'urines chyleuses. (240. C. γ.) ;

10° La leucorrhée (flux par supersécrétion du vagin ou de l'utérus) ;

11° La spermatorrhée ;

12° Enfin, la galactorrhée.

Tels sont les genres principaux que nous offre la famille des flux. Assurément, on en pourrait admettre d'autres encore, comme, par exemple, l'épiphora (ou flux lacrymal), le flux prostatique, etc. ; mais, après tout, je ne laisse de côté que ceux dont il est permis de révoquer en doute l'importance, et même de nier la possibilité comme flux véritablement essentiels et idiopathiques.

Il n'est pas du tout prouvé, par exemple, qu'on ait jamais rencontré dans la pratique un cas d'épiphora idiopathique, un larmoiement continuel sans inflammation d'aucune des parties du globe oculaire, ou sans aucune obstruction des voies lacrymales ; en règle peut-être universelle et sans exception, l'épiphora ne mérite l'attention du pathologiste que comme symptôme de quelque affection plus ou moins grave de l'œil ou de ses annexes, et non comme effet d'un simple surcroît d'activité sécrétoire de la glande lacrymale ; et, si tant est qu'à ce dernier titre il puisse être l'objet de quelques remarques intéressantes et utiles, mon collaborateur M. Nélaton, chargé de traiter l'ophthalmologie tout entière, ne manquera certainement pas de les émettre.

Théoriquement, sans nul doute, la supersécrétion de la liqueur prostatique est un cas possible. Je me reprocherais même de laisser ignorer à nos lecteurs que M. Martin-Solon (*loc. cit.*) nous raconte un fait fort curieux qui lui a paru, à lui et à Dupuytren, dont on invoqua aussi l'avis et les conseils, être un exemple indubitable de flux prostatique. Et moi-même, à l'heure qu'il est, — hasard bien singulier ! — pendant que je compose le présent chapitre, j'ai sous les yeux un de mes cliens, vieillard sexagénaire, qui vint, il y a quelques semaines, se plaindre de ce qu'il appelait une incontinence d'urine, et qui, tout bien examiné, me semble n'avoir pas autre chose qu'un écoulement extraordinaire de liqueur prostatique, sécrétée en beaucoup plus grande quantité que de coutume, et accumulée pendant un ou deux jours, ou davantage, au dedans de la prostate pour s'échapper ensuite par regorgement en manière de miction involontaire.

Quant aux sueurs excessives de toute la surface du corps (Ephidrose de certains vieux auteurs), c'est là un phénomène qui jamais, à ce qu'il paraît, et comme tout le monde le professe aujourd'hui, ne constitue l'élément principal d'une maladie. En tant que ces sueurs appartiennent réellement au domaine de la pathologie, en tant qu'elles ne sont pas un simple accident de l'organisme normal sous certaines influences que chacun sait, nous ne les observons que comme un symptôme lié à diverses maladies, telles que les tuberculisations (764. C.), et notamment la tuberculisation pulmonaire, les inflammations, les fièvres dites essentielles, etc., etc.

Enfin, c'est dans notre quatrième et dernière section de la *Pathologie médicale*, c'est dans la catégorie des *Affections superficielles* (28. — et 149. D.) que nous réléguons deux cas qui ne laissent pas que de mériter un certain degré d'attention, savoir : 1° la sueur excessive et habituelle des pieds; 2° le flux sébacé (supersécrétion des follicules sébacés).

964. *Aphorismes symptomatologiques.* — A. Le premier de tous les symptômes que nous ayons à passer ici en revue, le seul essentiel et constant, qui, à lui seul, dans bon nombre de cas, est pathognomonique, et qui, parfois, se montre tout seul ou à peu près : c'est l'excrétion même du liquide vicieusement sécrété. Tantôt, je le répète, le liquide ruisselle de toutes parts sous une certaine étendue de la surface extérieure du corps : ainsi en est-il des sueurs, par exemple; ainsi en est-il, encore, des larmes qui inondent la surface de la conjonctive et des joues, dans l'épiphora. Tantôt c'est par la bouche ou toute autre ouverture analogue qu'on voit sortir le liquide, soit d'une façon entièrement involontaire, soit par une expulsion jusqu'à un certain point volontaire, mais qui se renouvelle avec une fréquence insolite sous l'aiguillon pressant de la sensation interne due à je ne sais quelle propriété irritante ou bien à la simple accumulation du liquide.

B. Tantôt l'humeur qui flue en plus ou moins grande abondance n'a rien, absolument rien de pathologique sous le rapport de sa composition chimique : il n'y a là pas autre chose qu'une pure et simple supersécrétion, voilà tout. Tantôt, au contraire, le flux ne consiste pas seulement dans une supersécrétion, mais aussi dans l'altération plus ou moins remarquable de la nature chimique du liquide sécrété : exemple, le diabète, où les urines contiennent du sucre.

C. Dans bien des cas, les flux se montrent précédés et accompagnés de symptômes d'hypérémie sthénique de l'organe où s'opère une sécrétion inaccoutumée. En d'autres termes, ainsi que je l'ai dit dans la théorie générale de l'hypérémie, la supersécrétion (178. D. ζ.) est un des effets auxquels peut aboutir ce vice de circulation locale, commun

point de départ de tant d'affections diverses. En pareille circonstance, il peut y avoir un appareil fébrile. Tout cela s'observe particulièrement dans les flux qui ont une marche aiguë. Les flux alors sont dits *flux actifs*.

D. Les flux constituent souvent des maladies chroniques très longues. Lors même que des phénomènes d'hypérémie sthénique, d'hémorragie et même d'inflammation franchement caractérisée se montrent dans le principe, ils vont en diminuant de jour en jour; et il n'est pas rare qu'ils finissent par disparaître complétement, et qu'ils laissent après eux un flux qui persiste opiniâtrément. C'est ainsi, par exemple, que l'hématurie se tourne en chylurie; que les phlegmasies muqueuses tournent en flux catarrhaux. Et, en pareille circonstance, si abondante que soit la supersécrétion, si anomale que soit la composition du liquide vicieusement sécrété, il n'existe pas la moindre apparence de phénomènes d'irritation dans l'organe sécréteur. C'est là le cas de ce que les auteurs ont nommé *flux passifs*.

E. Dans les flux qui proviennent de l'intérieur, ce n'est pas seulement par son excès de fréquence que l'acte même d'excrétion peut mériter le nom de phénomène morbide. Mais il peut aussi mériter ce nom par d'autres raisons, c'est à savoir: 1° lorsqu'il est de sa nature tout-à-fait étranger à l'organisme normal, comme, par exemple, le vomissement ou la régurgitation en cas de gastrorrhée; 2° lorsque, tout en étant fort naturel en lui-même, il ne s'accomplit qu'avec des douleurs plus ou moins vives que l'humeur surabondamment sécrétée détermine, soit le long du trajet qu'elle parcourt, soit dans les réservoirs où elle s'accumule, soit dans le moment même où elle est expulsée au dehors.

F. Si l'organe où se produit la matière du flux est un organe chargé de remplir, dans l'économie, quelque fonction spéciale autre que la sécrétion même qui est le principe du flux, cette fonction ne peut guère manquer d'éprouver des troubles plus ou moins remarquables : exemple, la dyspepsie dans la gastrorrhée.

G. Certains flux, par leur développement rapide et vraiment suraigu, ainsi que par l'extrême abondance des déperditions liquides qu'éprouve l'économie, produisent immédiatement une asthénie profonde : le choléra est par excellence le type de ce cas. Mais, le plus généralement, ce n'est qu'à la longue, et peu à peu, que les flux excessifs amènent l'amaigrissement, le marasme et la mort. En pareille circonstance, il est bon de le dire, le marasme prend plus particulièrement le nom de *colliquation*. (Voir n° 460. B. ε.).

H. Quand les flux chroniques ont leur source dans des organes dont l'importance physiologique est minime ou secondaire, ils peuvent durer pendant un temps indéfini sans entraîner de graves accidens. Ils de-

viennent quelquefois, ainsi, une sorte de fonction qui, créée et enracinée par l'habitude, se montre nécessaire à l'équilibre général de l'organisme, et ne peut plus être dérangée sans inconvénient, ni supprimée à moins de précautions particulières. Telles sont certaines diarrhées, certaines sueurs locales et notamment celle des pieds, les leucorrhées très anciennes et dites constitutionnelles, etc.

965. *Étiologie.* — L'irritation est, assurément, une des causes qui amènent la supersécrétion. C'est là une vérité que l'observation la plus superficielle et la moins prolongée ne permet pas de méconnaître. Combien de fois ne voit-on pas les flux séreux des membranes muqueuses se déclarer immédiatement après l'application d'agens irritans sur ces membranes! D'autres fois, redisons-le encore, c'est à une inflammation bien caractérisée que doivent naissance les flux catarrhaux. Très souvent, en toute évidence, les glandes éprouvent un redoublement d'activité sécrétoire par une sympathie qu'éveille une irritation exercée sur les surfaces où aboutissent leurs canaux excréteurs : ainsi naît un flux de salive par la mastication de la pyrèthre, du tabac, du bétel, etc. Ainsi naît un flux bilieux consécutif à l'ingestion d'alimens irritans. Inutile de multiplier de semblables exemples. Le principe que je pose ici n'est ni contestable ni guère contesté. C'est plutôt en l'exagérant, en le généralisant outre mesure, qu'ont péché quelques pathologistes.

Et cependant, il faut bien le dire, l'irritation est loin de suffire à tout expliquer ici. Elle n'est pas, il s'en faut de beaucoup, le seul mode suivant lequel nous pouvons et nous devons concevoir la pathogénie des flux. Certaines diarrhées ou entérorrhées séreuses, par exemple, se déclarent tout-à-coup, non pas sous l'influence d'une stimulation quelconque de la muqueuse intestinale, mais bien, tout simplement, à titre de sécrétion supplémentaire et en manière de métastase par suite d'un refroidissement qui supprime ou entrave la transpiration cutanée.

Enfin, même, à l'égard de certains flux dont la pathogénie est cachée dans une obscurité jusqu'ici impénétrable, force est bien de nous écrier : Quel mystère ! J'approuve, et je répète bien volontiers cette exclamation de l'un de mes critiques, qui, dans le compte-rendu de mon premier volume, m'a semblé la lancer comme une épigramme contre la réinstallation nosographique de la famille des flux. Qu'importe qu'il y ait là bien des problèmes encore insolubles, bien des énigmes indéchiffrables pour la science actuelle ? Les flux sont-ils ou ne sont-ils pas? Voilà le point fondamental. S'ils sont, il faut les reconnaître ; il faut les décrire; il faut savoir, au besoin, les traiter de notre mieux. Heureuse la critique, qui, dans sa superbe insouciance, peut, autant qu'il lui plaît, se rire de nous voir embourbés dans les graves difficultés de la nosographie; qui n'a qu'à railler nos efforts, sans nous prêter le

moindre secours, sans aplanir le moins du monde la route si âpre et si rude par où nous cheminons !

966. *Diagnostic.* — Rien de plus évident, en général, rien de plus frappant, rien de plus aisé à reconnaître que le fait même des évacuations liquides qui révèlent manifestement dans tel ou tel organe l'existence d'un travail de supersécrétion, avec ou sans perversion de la composition de l'humeur sécrétée. Mais là n'est pas toute la question. Il faut encore se bien assurer, par une analyse exacte et approfondie de tous les symptômes, par une appréciation complète de toutes les circonstances du cas donné, si, conformément à notre définition des flux, cette supersécrétion est le phénomène principal de la maladie. A Dieu ne plaise que nous prétendions dissimuler combien il est difficile, dans la pratique, du moins pour un assez grand nombre de cas, de résoudre un pareil problème ! Combien de fois même n'arrive-t-il pas, avouons-le franchement, que nous sommes dans l'impossibilité absolue de fixer à cet égard nos conjectures, et de renoncer au doute et à l'indécision ! Mais, encore un coup, si tout cela est fâcheux, très fâcheux au lit du malade, ce n'est pas à dire que nous devions, théoriquement et en thèse générale, méconnaître la réalité du développement idiopathique de certains flux, qui, la plupart du temps, il est vrai, à les prendre dans chaque cas particulier, sont un mystère fort obscur en tant qu'il s'agit d'en diagnostiquer la nature indépendante ou symptomatique.

967. *Pronostic.* — Voici, en peu de mots, les conditions qui font la gravité des flux :

1° L'importance de l'organe affecté. Toutes choses égales d'ailleurs, une gastrorrhée, par exemple, est plus grave qu'une simple leucorrhée, n'en déplaise à ceux qui ne se font pas scrupule, à l'occasion des leucorrhées les plus bénignes, de nourrir les terreurs imaginaires des femmes névropathiques et hypocondriaques.

2° La nature précieuse de l'humeur qui se perd. Exemple, la spermatorrhée.

3° L'énorme quantité des déperditions. Je veux parler de ces flux abondans et interminables qui méritent réellement le nom de flux colliquatifs.

4° La rapidité sur-aiguë avec laquelle a lieu la déperdition. Prenons pour exemple le choléra.

5° Le caractère excessivement grave de quelques symptômes concomitans. Témoin, par exemple, les convulsions en cas d'une entérorrhée aiguë, même modérée, — en cas de flux bilieux, etc., etc.

968. *Thérapeutique.* — Avant tout, songez bien à reconnaître si le flux pour lequel on réclame vos avis est ou n'est pas une crise salu-

taire, qu'il ne convient pas d'entraver. Car, assurément, certains flux sont une ressource, un véritable bienfait de la nature pour prévenir des maladies plus sérieuses ou pour les clore. Songez bien aussi à reconnaître si le flux donné est ou n'est pas une de ces maladies habituelles qu'il soit dangereux de guérir. Si, dans l'un et l'autre cas, tout bien considéré, vous êtes amené à conclure par l'affirmative, abstenez-vous de faire une médecine active et perturbatrice.

Cela posé, bornons-nous maintenant à indiquer très brièvement les médications principales qui peuvent être, avec plus ou moins de succès, employées contre les flux aigus ou chroniques, lorsqu'il est raisonnable et nécessaire de mettre obstacle à de telles affections.

Dans les flux aigus, tantôt c'est à la médication antiphlogistique proprement dite (290. C.), et notamment aux émissions sanguines, qu'il convient d'avoir recours, pour enlever ou du moins pour atténuer l'hypérémie de l'organe sécréteur, l'hypérémie à laquelle la supersécrétion se montre liée et jusqu'à un certain point subordonnée. Tantôt, quoique bien moins fréquemment, les saignées sont on ne peut pas plus contre-indiquées par l'asthénie aussi profonde que soudaine qui se produit sous l'influence de déperditions sur-aiguës.

Quant à ce qui concerne les flux chroniques, nous avons deux indications fondamentales à signaler ici :

1° Il y a l'*indication sécrétoire supplémentaire*, ainsi que je la nommais dans ma thèse *Des purgatifs* (pag. 63). Les purgatifs sont, en effet, les remèdes qui conviennent le mieux, en général, pour remplir ladite indication, si l'on excepte, bien entendu, le cas de diarrhée. Ils conviennent contre la leucorrhée, la sialorrhée, la galactorrhée, etc. A quoi bon, dira-t-on, remplacer un flux morbide par le flux purgatif, qui, après tout, n'est pas moins anomal? C'est à une heureuse sagacité de discerner, dans la pratique, les cas particuliers où le flux supplémentaire qu'on provoque a moins d'inconvéniens que le flux morbide, ceux, en un mot, dans lesquels on peut espérer de déraciner celui-ci sans que la réitération du flux purgatif soit poussée jusqu'à compromettre gravement et pour toujours la texture et la fonctionnalité du conduit intestinal. Indépendamment de la purgation, nous avons aussi, dans les moyens sudorifiques, dans les médicamens sialagogues ou diurétiques, de précieuses ressources pour établir des flux supplémentaires qui plus d'une fois réussissent, par une sorte d'influence révulsive, à interrompre d'abord momentanément, puis à détruire entièrement à la longue les habitudes vicieuses de supersécrétion que telle ou telle partie avait contractées.

2° Une autre indication qui a aussi une grande généralité, c'est celle de recourir à l'emploi des astringens (132. E. 6), et même des hétéro-

phlegmasiques (132, E. γ), pour les divers flux dans lesquels le siége même où la sécrétion morbide s'opère est accessible à l'application directe d'un médicament. Je veux parler surtout de ces flux catarrhaux qui sont une transformation des inflammations muqueuses, transformation si insensiblement ménagée que j'ai dû déjà, à l'instar de tous les auteurs, signaler, dans l'histoire particulière de chacun des genres de cette tribu d'inflammations, les médicamentations topiques propres à combattre le flux catarrhal qui lui correspond. Ainsi ai-je recommandé, contre la métrite leucorrhéique chronique, les injections astringentes, les fumigations aromatiques et balsamiques (556). Inutile de multiplier ici les exemples de cette sorte, qui seront, au besoin, aisément retrouvés par le lecteur.

Bien entendu, enfin, que, dans cet aperçu sommaire de la thérapeutique générale des flux, je passe sous silence et ne prétends pas même comprendre implicitement certaines médications qui sont en rapport avec tels ou tels genres de flux seulement, non pas avec tous; médications sur lesquelles je me réserve d'insister expressément dans les articles consacrés à l'histoire de ces flux-là en particulier.

ARTICLE II.

SIALORRHÉE.

Auteurs contemporains : — de Σίαλον, salive, et Ῥέω, je coule. — Par analogie avec la composition et la forme du vieux terme de *Diarrhée*. — Voyez n° 46. F. α.)

969. *Bibliographie.* — SCHURIG. — (*Sialologia.* Dresde, 1723, in-4°) Cap. III, *De salivæ excretione præternaturali et ptyalismo.*

JOSEPH FRANK. — (*Praxeos medicæ universæ præcepta.* — T. XI, Leipzig, 1830, in-8°. — Cap. VI, *De ptyalismo*). — Chapitre bon à consulter (*passim*), surtout pour ce qui concerne les sialorrhées sympathiques qu'on a vues se développer sous l'influence des fièvres intermittentes, des vers intestinaux et des diverses affections du pancréas.

TANQUEREL DES PLANCHES. *Recherches cliniques sur la sialorrhée ou flux salivaire* (Dans le *Journal de médecine de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, juin et juillet 1844). — M. Tanquerel, ayant eu l'occasion d'observer quelquefois la salivation essentielle, idiopathique, ou purement nerveuse, qui ne se trouve point décrite dans tous les livres, se mit à la recherche des faits analogues dans les fastes de la science. Rassemblant vingt-cinq cas qu'il a recueillis çà et là dans divers ouvrages, et dont il nous donne l'analyse succincte et critique, et apportant en même

temps un récit détaillé des quatre cas qu'il a observés lui-même, c'est sur le rapprochement de ces vingt-neuf cas qu'il a fondé une histoire intéressante de ce que nous appellerons avec lui la sialorrhée.

970. *Définition et coup d'œil préliminaire.* — Par opposition aux cas dans lesquels un écoulement abondant de salive est un symptôme évidemment et étroitement subordonné à une inflammation plus ou moins prononcée de la bouche ou de l'arrière-bouche, nous comprenons sous le nom de sialorrhée tous ceux où la supersécrétion salivaire se montre à titre de phénomène principal et protopathique, et, comme on dit, à titre de maladie essentielle, en tant du moins que maladie de la bouche.

Ainsi consacrerons-nous une différence formelle de valeur significative entre le mot ptyalisme et le mot sialorrhée. Ptyalisme est et reste, pour nous, un terme qui appartient purement et simplement au vocabulaire de la symptomatologie (46. F. α.). Toutes les fois, sans exception, que, chez un individu donné, la salive flue en quantité extraordinaire, par quelque cause et dans quelque circonstance que ce soit, voilà un symptôme que, de prime-abord et sans plus ample informé, on appelle du nom de ptyalisme ou de salivation, suivant un usage depuis longtemps fixé. Il y a, comme nos lecteurs le savent fort bien, le ptyalisme des diverses espèces de stomatite, notamment de la stomatite varioleuse (427. B. et E.), et de la stomatite mercurielle (429. B. C. et D.); il y a le ptyalisme de la pharyngite (437. C. α), etc., etc. Sialorrhée est un terme de nosographie ; c'est le nom d'un genre de maladie à part, qui consiste, je le répète, en ce que la supersécrétion de la salive se produit, pour ainsi dire, d'elle-même et non sous la dépendance d'une inflammation quelconque de la muqueuse buccale et pharyngienne. Dans la sialorrhée, cette membrane n'est ni rouge, ni douloureuse, ni gonflée; bien des fois, même, au contraire, elle se trouve toute décolorée et fort pâle.

Ainsi comprise, la sialorrhée, il faut le dire, est une affection rare. Quoi qu'il en soit, nous devons, comme M. Tanquerel des Planches l'a fait, distinguer les deux cas principaux, ou, si l'on aime mieux, les deux espèces que voici :

1° La sialorrhée idiopathique par excellence, c'est à savoir, celle qui se montre uniquement, exclusivement, entièrement imputable à je ne sais quelle modification dynamique ou nerveuse de l'appareil salivaire ;

2° La sialorrhée sympathique, celle qui se montre subordonnée, en vertu de rapports mystérieux et insaisissables, à l'existence de la grossesse, ou bien à quelque maladie dont ni le siége ni les symptômes fon-

damentaux ne semblent avoir rien de commun avec l'appareil salivaire.

971. *Synonymie.* — Chez les auteurs qui confondent sous un seul nom générique tous les cas de supersécrétion salivaire, sauf ensuite à spécifier, par des épithètes plus ou moins exactes, les cas ici en question : — Ptyalisme ; — Salivation ; — Sialisme (terme fort peu usité. — Σιαλισμός, Gal.) ; — Hypersialorrhée (Piorry, *Traité de médecine pratique*, t. V, pag. 415).

972. *Symptomatologie.* — A. Le rejet de la salive au dehors de la bouche : voilà le symptôme principal, parfois même le seul et unique symptôme de l'affection qui fait l'objet du présent article. Chez l'homme sain, d'après les observations que M. Donné a faites sur lui-même, et qu'il a consignées dans son *Histoire physiologique et pathologique de la salive* (Paris, 1836, in-8°), il paraît que la sécrétion salivaire peut aller jusqu'à produire 390 grammes de liquide par jour sans entraîner de crachotemens; la salive est alors, ou du moins peut encore être entièrement avalée, au fur et à mesure qu'elle afflue dans la cavité buccale. Entre ce chiffre, que M. Donné nous présente comme le maximum de la production normale de la salive dans le laps d'une journée, et celui que la *Physiologie* de Burdach établit sur un autre mode d'observation et de calcul, la différence est fort petite, et, véritablement, à peu près insignifiante. Quoi qu'il en soit, dès que la salive surabonde au point d'exiger de toute nécessité un crachement plus ou moins fréquemment réitéré, là commence évidemment l'état pathologique, la supersécrétion morbide, en un mot, la sialorrhée. Et, depuis un degré médiocre jusqu'à un degré excessif, combien de variétés ce flux ne peut-il pas offrir ! On a vu, dit-on, des personnes qui rendaient plusieurs litres de salive en vingt-quatre heures. Quelquefois le flux est incessant, ininterrompu, et les malades, privés de sommeil, sont ainsi en proie à une véritable torture. Quelquefois le flux n'a lieu que pendant le jour, et à certains momens.

B. Tout ce qui, dans la sialorrhée pure et simple, accompagne l'afflux même de la salive dans la bouche, c'est un sentiment de gêne et de pesanteur, et aussi, à ce que disent quelques auteurs, une sorte de frémissement ondulatoire le long des joues. Mais ce dernier trait a-t-il été réellement observé? A-t-il été franchement accusé par des malades tout-à-fait ignorans en anatomie ? Je soupçonnerais plutôt, à vrai dire, qu'il a été imaginé dans le cabinet, d'après la connaissance du conduit de Sténon.

C. Quant à ce qui concerne la salive elle-même, en cas de sialorrhée, les observateurs nous la décrivent comme un liquide à la fois transparent et grisâtre, légèrement visqueux, présentant çà et là dans l'intérieur de sa

masse, quelques flocons de mucus épais et opaque, et conservant quelque temps à sa surface une certaine écume, due à l'air dont se pénètre toujours la salive avant d'être crachée. Le plus souvent insipide et inodore, ce liquide a quelquefois offert une saveur manifestement salée ou sucrée, quelquefois une odeur fétide. Sa pesanteur spécifique s'est trouvée de fort peu supérieure à celle de l'eau : soit, par exemple, 1,0088, — 1,0043, — 1,0015, — etc. En règle générale, peut-être même universelle et absolue, l'alcalinité naturelle de la salive continue d'exister.

D. La salivation diminue pendant les repas, et augmente par la faim.

E. Pour peu que la sialorrhée soit considérable, une soif plus ou moins vive est un symptôme constant.

F. Généralement, mais non pas toujours, non pas nécessairement, les sujets atteints de sialorrhée présentent quelques uns des symptômes que voici : altérations du goût ; inappétence ; dérangement de la digestion stomacale ; nausées ; fer-chaud (454. D. 6.). C'est dire que la sialorrhée se montre le plus souvent à titre de complication d'une gastrite, d'une gastrorrhée, ou d'une pancréatite.

G. Lorsque la sialorrhée est abondante et qu'elle se prolonge longtemps, fût-elle le seul et unique mal chez l'individu donné, elle ne peut manquer d'avoir un effet fâcheux sur l'état général de l'économie. Elle entraîne à sa suite l'amaigrissement et une langueur plus ou moins prononcée.

H. Tantôt la sialorrhée débute vivement et se montre sur-le-champ très abondante. Tantôt c'est lentement et peu à peu qu'elle atteint un haut degré d'intensité. Elle offre, au surplus, de grandes variations dans sa marche, suivant une foule d'influences diverses, dans le détail desquelles je me garde bien d'entrer. Assez fréquemment, elle a une durée très longue : sur les vingt-neuf cas rassemblés par M. Tanquerel des Planches, quatre seulement ont eu une marche aiguë ; un seul cas, un seul, s'est produit sous un type véritablement intermittent. Quelquefois, la sialorrhée, après une opiniâtre chronicité, a été emportée par l'influence d'une maladie intercurrente.

I. Dans certains cas, à ce qu'il paraît, la sialorrhée s'est montrée comme une crise salutaire, comme un accident heureux et passager, qui venait mettre fin à une maladie plus ou moins grave. On trouve plusieurs exemples de cette espèce dans la *Sialologie* de Schurig (§ VII).

973. *Étiologie.* — A. La sialorrhée est incontestablement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Et, à cet égard, le relevé

de M. Tanquerel des Planches nous amène à admettre comme formule numérique le rapport de 3 : 1.

B. Des vingt-neuf cas de M. Tanquerel des Planches, pas un n'est arrivé avant l'âge de vingt ans. Est-ce un pur hasard ? ou bien faut-il y voir une immunité réellement naturelle à l'enfance et à l'adolescence ?

C. Ce qu'il y a de certain, c'est que le tempérament nerveux est une condition éminemment propre à favoriser le développement de la sialorrhée. Et voilà même déjà une raison qui nous explique pourquoi les femmes fournissent plus d'exemples d'un semblable flux, puisque c'est chez elles que prédomine le tempérament nerveux. C'est surtout chez des femmes éminemment nerveuses, chez des femmes névropathiques, hystériques et hypocondriaques, que la sialorrhée est apparue aux observateurs. Et, si elle s'est quelquefois rencontrée dans l'autre sexe, c'est surtout aussi chez des hommes hypocondriaques. De là, dans la *Nosologie* de Sauvages, le *Ptyalismus hypochondriacus* (cl. IX, gen. XXIII, sp. 9).

D. Tout le monde connaît la sialorrhée qui est une des incommodités ordinaires de la grossesse durant les trois ou quatre premiers mois (*Ptyalismus gravidarum*, Sauvages, *ibidem*, sp. 15). Autre raison qui montre combien est vraie l'inégalité de prédisposition, entre les deux sexes, pour la production de la sialorrhée.

E. On a vu la sialorrhée se développer à titre de sécrétion supplémentaire : par exemple, après la brusque suppression d'une leucorrhée, d'une sueur des mains, etc., et surtout après l'interruption et les dérangemens des règles. Chez une des malades de M. Tanquerel des Planches, la sialorrhée survint dans les orages de l'âge critique, persista pendant plusieurs mois, et ne cessa que pour être remplacée par un épiphora.

F. Quelquefois, c'est sous l'influence d'une émotion morale que naît d'emblée une sialorrhée idiopathique : c'est sous le coup d'une frayeur vive, d'une grande colère, d'un poignant désespoir; c'est à la vue ou même au simple souvenir d'un objet dégoûtant.

G. Nul doute que la sialorrhée ne puisse être directement déterminée par l'abus des sialagogues, et notamment par l'habitude de fumer du tabac. Mais, chose singulière et bien digne d'être notée, M. Graves, de Dublin, a observé un cas dans lequel la salivation reparut plusieurs années après l'usage du mercure.

H. On a vu, j'ai vu moi-même une sialorrhée sympathique accompagner la névralgie faciale (névralgie de la cinquième paire). Ploucquet (*Litteratura medica*, art. *Salivatio*) avait formellement signalé ce fait,

sur la foi de deux dissertations spéciales touchant la névralgie en question (Forstmann, *Diss. de dolore faciei Fothergillii*, Duisbourg, 1790, pag. 6. — Simon, *Diss. de prosopalgiâ*, Hall, 1793, pag. 9).

I. Sous l'influence d'un émétique qui est en train de travailler l'estomac, on observe toujours, même avant tout vomissement, un certain degré de sialorrhée sympathique. C'est le *Ptyalismus nauseosus* de Sauvages (genre déjà cité, sp. 1). Quoi de surprenant, par conséquent, que la même sympathie s'éveille quelquefois en cas de gastrite ou de gastrorrhée ?

J. Nos lecteurs savent déjà que dans la pancréatite, que dans le cancer du pancréas, il est ordinaire d'observer une sialorrhée sympathique (639. B. C. — et 859).

974. *Diagnostic.* — En présence d'un ptyalisme, ne manquez pas d'explorer attentivement la bouche et l'arrière-bouche; et si vous ne trouvez là aucune sorte de travail inflammatoire, c'est donc à la sialorrhée que vous avez affaire.

975. *Pronostic.* — Peu grave, en général.

Sur les vingt-neuf cas rassemblés par M. Tanquerel des Planches, huit ont guéri naturellement sans l'intervention d'une médecine active; vingt ont guéri sous l'influence de certains médicamens, qui paraissent avoir eu réellement une part dans la guérison ; neuf sont restés rebelles à l'art et ont continué opiniâtrément.

Il est assurément très rare qu'une simple sialorrhée puisse entraîner un véritable danger. Toutefois, si elle va jusqu'à causer, par son abondance, un affaiblissement notable de l'économie, elle devient alors un mal grave : non pas qu'elle soit jamais mortelle par elle-même, mais parce qu'elle rend le corps tout à la fois plus accessible aux atteintes des autres maladies, et moins apte à y résister.

Bien plus, — ai-je besoin de le redire ? — la sialorrhée peut être quelquefois saluée comme un événement d'heureux augure. C'est lorsqu'elle survient dans des circonstances qui permettent de la considérer comme un phénomène critique (54. F. G.); c'est lorsqu'elle coïncide avec un certain amendement d'une affection sérieuse, opiniâtre, et déjà en quelque sorte invétérée.

976. *Thérapeutique.* — Les collutoires astringens, indiqués par la théorie (968), ne répondraient pas dans la pratique, si l'on en juge d'après les recherches de M. Tanquerel des Planches, aux espérances qu'il est pourtant bien rationnel de fonder sur eux.

Mais la théorie ne s'est pas trouvée en défaut sur le compte des purgatifs. Les médicamens de ce genre, et notamment les eaux de Sedlitz, ont eu quelquefois les succès qu'elle prévoyait (968).

Après les purgatifs, proclamons, toujours sur la foi du relevé de M. Tanquerel des Planches, les médicamens qui suivent, comme étant ceux par lesquels la sialorrhée a paru être, dans certains cas aussi, très efficacement réprimée :

1° L'opium à haute dose ;

2° Les eaux de Vichy ;

3° Les préparations ferrugineuses ;

4° Le charbon pulvérisé, moyen assez bizarre, mais qui a réussi entre les mains de M. Rayer ;

5° La cannelle, administrée comme masticatoire (voyez l'observation racontée par Souquet, dans le *Journal de médecine de Vandermonde*, t. XXII, pag. 40) ;

6° Le mercurialisme lui-même poussé jusqu'à production de la stomatite.

Si les ferrugineux ont réussi quelquefois à guérir la sialorrhée, c'est, sans aucun doute, en corrigeant l'état général de l'économie ; c'est en combattant et en atténuant une disposition chlorotique et névropathique, qui n'était point étrangère à la production et à la prolongation du flux. Par contre, évidemment, dans le cas où la sialorrhée se montrerait liée à la pléthore, il faudrait combattre celle-ci par la saignée et autres moyens appropriés. Car, encore un coup, pour la vingtième, pour la centième fois, songez-y bien, jeunes praticiens, et ne perdez jamais de vue cette grande règle de la thérapeutique, le traitement de l'affection locale doit presque toujours être subordonné à la considération de l'état général ; c'est un malade, plutôt qu'une maladie, que nous avons à modifier.

Ainsi donc, étant donné un cas de sialorrhée, tâchons, avant tout, d'en découvrir, si nous pouvons, la cause, afin de combattre le mal avec le plus d'avantage possible, afin de l'attaquer, pour ainsi dire, dans sa racine. Mais, hélas ! il faut l'avouer, la cause, fût-elle toujours bien connue, ce n'est pas à dire que nous pourrons par cela même tarir aisément le flux salivaire. Voyez, par exemple, la sialorrhée sympathique de la grossesse : combien peu se laisse-t-elle maîtriser par les efforts de l'art !

ARTICLE III.

GASTRORRHÉE.

(Auteurs contemporains. — De Γαστήρ, gén. Γαστρός, et de Ῥέω. — Voir ci-dessus, article II.)

977. *Bibliographie.* — SAUVAGES. — (*Nosol. method.*). Class. IX, gen. XIII, sp. 26, *Vomitus pituitosus*.

CHOMEL. — (Dans le *Dict. de méd.*, en 21 vol., — t. X, art. *Gastrite.*) — Pag. 97-8 (*Description du catarrhe chronique de l'estomac*) ; — pag. 106-7 (Traitement.)

ROCHE. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. IX, pag. 130-2.) — Article *Gastrorrhée.*

978. *Définition.* — Sous le nom de *Gastrorrhée*, nous désignerons un flux (951) dont la source est dans l'estomac, — en d'autres termes, une affection consistant essentiellement en une supersécrétion qu'opère la muqueuse gastrique, et se caractérisant au dehors par le vomissement ou la régurgitation du liquide qui est le produit de cette supersécrétion.

Mieux vaut que nous réservions ainsi le terme de gastrorrhée pour dénommer précisément un genre nosographique bien digne d'être reconnu et mis à part. Interdisons-nous d'appeler de ce nom, à moins que ce ne soit dans le but de donner le change à l'imagination des malades, les cas dans lesquels des vomissemens ou des régurgitations analogues sont le symptôme d'une gastrite ou d'un cancer. Et puis, dussé-je accorder qu'il y a peu d'inconvénient, après tout, à parler de gastrorrhées symptomatiques en pareille occurrence, toujours est-il que je n'ai plus à revenir sur ces cas-là ; je ne dois envisager ici que la gastrorrhée essentielle et idiopathique, telle que je viens de la poser et de la définir comme genre de la famille des flux, comme maladie véritablement à part.

Supposez qu'à l'intérieur de l'estomac il s'opère une supersécrétion de suc gastrique ou de glaires; mais que les produits de la supersécrétion, au lieu d'être rejetés par le mécanisme antipéristaltique du vomissement ou de la régurgitation, soient naturellement expulsés à travers le pylore, et s'en aillent cheminant le long de l'intestin, pour être enfin évacués, avec les résidus du chyme, sous forme de selles louables ou diarrhéiques. Là encore, assurément, pour les yeux de l'esprit, la gastrorrhée existe. Mais un tel cas, que la théorie prévoit, jamais la pratique ne nous le réalise visiblement. La gastrorrhée, sans les phénomènes de vomissement et de régurgitation qui en sont la révélation extérieure, est véritablement comme si elle n'était pas.

Assurément, encore, la gastrorrhée peut être aiguë ou chronique. Pour ma part, du moins, je ne fais aucune objection, en théorie, contre la possibilité de la première de ces deux formes. Mais sous cette forme-là, reconnaissons-le franchement, la gastrorrhée touche de bien près à la gastrite, dont il me semble impossible de la distinguer sur le malade même, et autrement qu'en théorie, sauf peut-être un seul cas, celui dans lequel elle se montre suraiguë, presque toujours de compagnie avec

une entérorrhée, et qui va être décrit ci-après comme un genre à part, sous le nom de choléra (art. V). Je me bornerai donc, dans le présent article, à tracer en particulier une courte histoire de la gastrorrhée chronique.

979. *Aperçu sommaire de la gastrorrhée chronique en particulier.* — A. Le type le plus frappant, le mieux dessiné, le plus incontestable de la gastrorrhée se trouve chez certains individus, la plupart déjà vieux ou dans l'âge de la virilité décroissante, qui n'ont pas d'autre incommodité, du moins de la part de l'estomac, que de rejeter quotidiennement, par régurgitation ou bien, mais c'est plus rare, par vomissement, une plus ou moins grande quantité d'un mucus glaireux, demi-transparent et insipide. D'ordinaire, c'est le matin à jeun que cette évacuation s'opère. Les uns rendent ainsi 50 à 60 grammes de glaires par jour ; les autres, davantage, 400 ou 500 grammes, par exemple. Ces individus, une fois cette évacuation accomplie après quelques maux de cœur, et, d'ordinaire aussi, avec accompagnement d'une sialorrhée sympathique, ne souffrent aucunement de l'estomac, ont un appétit excellent, mangent beaucoup, digèrent assez bien, et peuvent vivre fort longtemps, malgré une telle infirmité. En un mot, ils n'ont, évidemment, ni gastrite ni cancer de l'estomac ; ils n'ont rien autre chose qu'un flux catarrhal de ce viscère, une gastrorrhée glaireuse. Le plus communément, je le répète, c'est le matin que l'estomac se débarrasse des glaires qui s'y sont produites et accumulées pendant un laps de vingt-quatre heures. Mais, chez quelques individus, le même phénomène se renouvelle deux à trois fois par jour, même plus souvent encore. Il en est chez lesquels la production et la régurgitation des glaires stomacales ont lieu surtout après le repas et pendant le travail même de la digestion ; et, chose remarquable, il est assez ordinaire que ces glaires soient seules renvoyées, seules entraînées par le mouvement antipéristaltique, sans amener avec elles aucune parcelle de matière alimentaire et chymeuse.

B. En d'autres cas, la gastrorrhée ne consiste pas dans la supersécrétion des glaires qui ne peuvent être évidemment que le produit d'une membrane muqueuse ; mais elle ne fournit qu'une sorte de pituite légèrement filante, tout à-fait analogue à la salive, et qui, par conséquent, peut fort bien passer pour être le résultat d'une augmentation extraordinaire de la sécrétion pancréatique. (639. B. — 641. — 859.)

C. Chez bien des gens, la gastrorrhée, soit glaireuse, soit pituiteuse, au lieu de constituer, ce qui est le cas le plus simple, et généralement le moins incommode, un flux alcalin ou neutre, a pour caractère d'être acide constamment ou de temps à autre. Presque toujours, en pareille circonstance, la digestion est plus ou moins pénible ; et il n'est pas rare

non plus de rencontrer alors ce symptôme douloureux particulièrement connu sous le nom de *fer chaud*. (454. D. 6.)

D. Si un flux abondant et habituel de glaires stomacales entièrement dépourvues d'âcreté est, dans bien des cas, compatible avec la conservation d'une santé d'ailleurs assez bonne, et avec le légitime espoir d'une longue vie (A), ce n'est pas à dire pour cela que d'autres fois une semblable gastrorrhée ne puisse s'accompagner d'inappétence, de bradypepsie, de dyspepsie, voire même d'amaigrissement et d'un état de langueur.

E. Quelquefois aussi, avec la gastrorrhée, existe en même temps la gastralgie, notamment chez les sujets névropathiques et hypocondriaques.

F. La gastrorrhée chronique décidément établie devient d'ordinaire une infirmité incurable, d'autant que les personnes qui en sont atteintes n'ont presque jamais le courage de s'astreindre avec une longue persévérance au régime et au traitement qui leur sont prescrits. Cependant, sans nul doute, cette affection est susceptible de guérison. Pour ma part, je l'ai vue céder et disparaître sans retour, il y a de cela plusieurs années déjà, chez un de mes cliens, vieillard goutteux qui depuis longtemps la présentait sous une forme extrêmement prononcée.

G. En ce qui touche à l'étiologie de la gastrorrhée chronique, il est évident, premièrement, que ce flux, comme tout autre flux catarrhal, peut être la suite et la transformation d'une véritable inflammation; qu'il peut, en un mot, procéder d'une gastrite. Mais ce n'est pourtant pas là ce qui paraît arriver le plus ordinairement. En général, la gastrorrhée s'établit sans être précédée de symptômes qui puissent être réputés pour ceux d'une gastrite; et, comme je l'ai déjà dit en commençant, c'est presque toujours chez des personnes âgées. Les excès de table, l'abus des boissons alcooliques, la diathèse goutteuse, voilà, en outre, les conditions auxquelles le développement de la gastrorrhée se montre le plus fréquemment lié chez ces personnes-là. Sous l'influence de stimulations journellement répétées, mais point assez fortes, cependant, pour produire l'inflammation d'un estomac peu irritable, tout se borne à des phénomènes de supersécrétion qui, après avoir été provoqués tant et tant de fois, finissent par devenir une habitude de la muqueuse gastrique, par constituer une sorte de fonction excrémentitielle qui désormais ne laisse pas que d'être, jusqu'à un certain point, nécessaire à l'équilibre général de l'économie.

H. Quant au diagnostic, force est bien de nous écrier ici, comme à l'endroit de la gastrite : Qu'il est difficile au praticien de reconnaître la véritable nature des diverses maladies de l'estomac (452. B.)! Pour

quelques cas bien tranchés que nous avons pu poser comme l'archétype de la gastrorrhée (A), combien de cas équivoques, ambigus, obscurs ! Ne rêvons pas gastrite et cancer toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une gastrorrhée. Mais pourtant il importe de se rappeler que la supersécrétion muqueuse est un phénomène qui peut tenir à une gastrite chronique (454. D. δ.), et, par conséquent, aussi, à un cancer de l'estomac. Pour procéder par exclusion au diagnostic de la gastrorrhée, ayons donc toujours présentes à l'esprit les remarques et les réflexions que nous avons faites concernant le diagnostic de l'une et l'autre de ces deux maladies-là. (456. — et 843.)

I. Si, chez un individu donné, nous sommes en droit de croire, tout bien considéré, à l'existence d'une simple gastrorrhée, il résulte de tout ce qui précède que le pronostic ne doit rien avoir de sinistre.

J. Médicamentation alcaline (132. D. ϵ) par le bi-carbonate sodique, par les eaux de Vichy naturelles ou artificielles, en cas de gastrorrhée acide. Le cachou, l'absinthe, l'aloës, la rhubarbe et autres médicamens amers réussissent assez souvent à diminuer la supersécrétion glaireuse de l'estomac, et à faciliter la digestion devenue plus ou moins lente et pénible par suite de cette supersécrétion même. Un vomitif, et surtout l'ipécacuanha, convient de temps à autre, quand l'estomac ne se délivre pas facilement des glaires qui le surchargent. Purgatifs dans le même but, et aussi dans le but d'entretenir la liberté du ventre, et de constituer, au besoin, un flux supplémentaire. Régler sévèrement le choix et la mesure des alimens et des boissons, suivant les conditions que l'expérience aura montré être les moins propres à exciter, chez le malade donné, la supersécrétion gastrique, les mieux en harmonie avec l'idiosyncrasie de ce malade : ce qui bien souvent, il faut l'avouer, exige beaucoup de tâtonnemens préalables.

M. Roche dit avoir obtenu un succès très prompt en employant à la fois l'extrait gommeux d'opium à la dose d'un demi-grain à un grain, et la magnésie calcinée à la dose d'une cuillerée à bouche dans un demi-verre d'eau sucrée tous les soirs, chez deux malades qui tous les matins, à leur réveil, vomissaient une quantité considérable d'un mucus limpide. C'est par les eaux de Vichy, l'aloës et un régime approprié que j'ai réussi à guérir la gastrorrhée du vieillard goutteux dont je parlais tout-à-l'heure (F). M. Chomel, dans l'article cité, proposait l'emploi des anti-catarrhaux (132. G. π.), goudron, térébenthine de Venise, baume de copahu, etc.; il en appelait à l'expérience pour apprécier l'efficacité de ces médicamens dans le cas qui nous occupe. Le problème est encore à résoudre. La difficulté est de trouver une personne qui se soumette à l'emploi longtemps prolongé de médicamens si nauséabonds,

si dégoûtans, si antipathiques à l'estomac, dans l'espoir incertain de tarir un flux qui, après tout, est peut-être une incommodité moindre que celle d'une pareille médicamentation.

ARTICLE IV.

ENTÉRORRHÉE.

(Auteurs contemporains. — De Ἔντερον, intestin. — Voir ci-dessus, article II.)

980. *Bibliographie.* — ALIBERT. — (*Nosologie naturelle*, famille II, Entéroses, genr. II, *Entérorrhée*). — Voir particulièrement les espèces 1re (*E. stercorale*), 4e (*E. séreuse*), et 6e (*E. laiteuse.* — Diarrhée chez les nouvelles accouchées, notamment à titre de flux supplémentaire de la sécrétion lactée. Mais là, il faut l'avouer, la présence de l'entérite est bien souvent impossible à méconnaître.)

ROCHE. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 287-96). — Article *Diarrhée.*

DALMAS. — (Dans le *Répert.*, t. X, p. 269-78). — Art. *Diarrhée.*

SOCQUET. *De l'emploi des stimulans dans certaines diarrhées aiguës.* (Dans la *Revue médicale*, novembre 1844.)

981. *Bref aperçu.* — Nous adoptons le nom d'entérorrhée et le réservons exclusivement pour désigner, dans notre famille des flux (961), un genre dû à la supersécrétion de la muqueuse intestinale, — en d'autres termes, une affection ayant pour phénomène essentiel et fondamental cette supersécrétion, qui là se produit seule et par elle-même, ou, pour mieux dire, sans entérite. Au surplus, c'est là un cas à peu près unanimement reconnu par les auteurs, sous diverses dénominations plus ou moins exactes, plus ou moins propres à en donner une juste idée : Diarrhée nerveuse, de M. Roche (*loc. cit.*); Diarrhée catarrhale de M. Grisolle (*Tr. élém. et prat. de path.*, t. Ier, p. 746), contrairement à l'usage de bien des auteurs, et notamment de Pinel, qui entendaient par là une entérite (66. — et 465. B.); Hydrentérorrhée, de M. Piorry (*Tr. de méd. prat.*, t. V, pag. 292), etc.; etc.

Entre ces deux mots, entérorrhée et diarrhée, consacrons formellement la même distinction qu'entre ceux de sialorrhée et de ptyalisme. La diarrhée, ainsi que le ptyalisme, est un symptôme (46. F. α.); et les causes intérieures de ce symptôme ne sont pas moins variées que les diverses formes sous lesquelles il se manifeste. L'entérorrhée, comme la sialorrhée, est, au point de vue de la nosographie organique, une maladie particulière et bien distincte; et cette maladie-là ne peut avoir pour symptôme, entre toutes les formes de la diarrhée, que les diarrhées stercorales, séreuses ou glaireuses.

Mais, il faut l'avouer franchement, combien de doutes, combien d'obscurités, combien de lacunes l'histoire de l'entérorrhée ne présente-t-elle pas, dans l'état actuel de la science! Voilà pourquoi nous n'essaierons même pas à tracer un tableau complet et régulier de cette maladie. Force nous est bien de nous borner à quelques vues tronquées et très imparfaites.

Assurément, par la théorie seule, en nous appuyant sur les données physiologiques et sur l'analogie (car il y a des membranes muqueuses dont nos yeux peuvent voir la supersécrétion se faire idiopathiquement et sans inflammation), nous serions conduits à proclamer, *à priori*, la réalité de l'entérorrhée. Mais, en outre, la pratique nous présente des cas où il n'est guère permis de méconnaître ce flux. Tels sont les cas qui suivent :

1° Sous le coup d'une vive frayeur, ou d'un cruel chagrin subitement causé par une funeste nouvelle, aussitôt se déclare une diarrhée d'abord stercorale, puis séreuse, qui cesse au bout de quelques heures. Évidemment, voilà une entérorrhée. Une inflammation ni ne peut naître ni ne disparaît aussi vite. Et, qu'y a-t-il, d'ailleurs, de bien surprenant à ce que l'intestin sue et pleure sous l'influence des émotions morales, comme il arrive tant de fois aux yeux de pleurer, comme il arrive à la peau, et surtout à celle des mains, de suer?

2° Un individu subit une brusque impression de froid, soit dans un état de moiteur, soit même dans le calme profond de la transpiration insensible : il quitte, par exemple, l'atmosphère chaude d'une salle à manger ou d'un salon pour s'exposer, insuffisamment vêtu, à l'action du grand air, à la fraîcheur perfide d'une soirée de printemps. A l'instant même, ou au bout de quelques minutes, survient une diarrhée plus ou moins abondante ; et en quelques heures, parfois même en quelques minutes aussi, tout est fini. Ce n'est certainement pas là la manière d'être d'une entérite. Il y a là une entérorrhée : voilà tout. C'est un flux supplémentaire, une métastase de la transpiration répercutée par le froid. C'est un cas tout-à-fait analogue à ce qu'on voit arriver si communément sous l'influence des lotions d'eau froide, qui, faites à un moment même où la vessie vient de se vider, provoquent sur-le-champ l'émission d'une certaine quantité d'urine complétement aqueuse.

3° Autre fait moins fréquent que ceux qui précèdent, mais non moins réel, non moins authentiquement acquis à la science, qui l'a enregistré dans ses fastes sur le témoignage des observateurs les plus éminens : ce sont ces diarrhées séreuses, dites critiques, dont l'apparition subite et spontanée vient quelquefois mettre fin tout d'un coup à une ascite ou à quelque autre hydropisie. Il n'est vraiment pas permis, surtout lorsqu'une semblable diarrhée, malgré son abondance et sa

rapidité n'a pour cortége ni coliques ni fièvre, de voir là autre chose qu'une entérorrhée, une évacuation métastatique de la sérosité qui constituait l'hydropisie.

4° Nous sommes bien près de penser que certaines diarrhées aiguës très abondantes, même avec coliques fort vives, sont tout simplement des cas d'entérorrhée. C'est lorsque les malades, d'abord jetés dans une asthénie soudaine par l'excès de leurs déperditions liquides, se rétablissent à merveille et tout-à-coup sous l'influence d'une médication stimulante, et se trouvent guéris presque aussitôt qu'ils cessent d'aller à la garde-robe. Telle n'est pas, encore un coup, la manière d'être d'une entérite qui serait assez étendue pour produire, s'il est permis de parler ainsi, une telle pluie de sérosité à l'intérieur de l'intestin. Quant à se rendre compte des coliques qui peuvent accompagner l'entérorrhée, rien de plus aisé que de les expliquer soit par l'hypérémie, soit par un état nerveux de l'intestin.

5° Enfin, il me paraît évident que l'administration des purgatifs, la plupart du temps du moins, ne va pas jusqu'à produire une véritable entérite, mais une simple hypérémie terminée par supersécrétion (178. D. ζ), en un mot, une entérorrhée. Voir, à cet égard, pour de plus amples développemens, ma thèse *Des purgatifs* (pag. 32-4).

Je ne viens de citer que des entérorrhées aiguës. Est-ce à dire que nous méconnaissions la possibilité de l'entérorrhée chronique? Non pas, certes. Mais il faut l'avouer franchement : quoique, dans la théorie et à un point de vue général, l'entérorrhée chronique doive être proclamée comme une espèce réelle, quoique l'analogie nous commande de croire et de professer que l'entérite chronique, par exemple, doit, comme toute autre phlegmasie muqueuse, dégénérer nombre de fois en un flux catarrhal ; néanmoins, dans la pratique, et en prenant chaque cas en particulier, nous n'avons jamais droit d'affirmer que, chez tel ou tel individu atteint d'une diarrhée séreuse ou glaireuse depuis un temps fort long, il n'y a qu'une entérorrhée simple et pas d'entérite.

Ainsi donc, en fait d'entérorrhée, nous voyons précisément le contraire de ce que nous avons vu en fait de gastrorrhée. Tandis que la gastrorrhée chronique est la seule qui puisse quelquefois être diagnostiquée avec assurance, et que la gastrorrhée aiguë est infailliblement méconnue, ce sont, au rebours de cela, les entérorrhées aiguës, et non pas les chroniques, qui parfois se révèlent un peu distinctement à l'observation clinique. Et voici, je crois, la raison de cette différence. C'est que, d'une part, la supersécrétion gastrique, dans un mode aigu, ne peut guère avoir de moyen terme entre les deux cas qui suivent : ou bien elle sera trop peu de chose pour ne point passer inaperçue, sans vomissemens ni vomituritions, en un mot, sans que l'estomac ait besoin

de se débarrasser autrement que par la voie du pylore, et qu'en accomplissant les mouvemens naturels de péristole; ou bien elle se produira dans un haut degré d'intensité et avec une vive irritation, de manière à entraîner des vomissemens pénibles, et à présenter toutes les apparences d'une gastrite. Et, d'autre part, en présence même de ces diarrhées interminables qui se perpétuent sans compromettre gravement la santé, l'hypothèse d'une entérite chronique, d'une inflammation opiniâtrément fixée sur quelque portion de la longue étendue de l'intestin, est une hypothèse toujours plus admissible que ne le serait celle d'une gastrite chronique dans le cas où, malgré une évacuation quotidienne de glaires stomacales en grande abondance, la digestion et la santé générale se maintiennent en assez bon état.

Quoi qu'il en soit, et pour récapituler en peu de mots l'histoire de l'entérorrhée, voici donc les principaux symptômes par lesquels une semblable affection peut se montrer caractérisée : — Selles liquides plus ou moins répétées, plus ou moins copieuses, formées par des glaires ou par une sorte de sérosité sale et fétide, ou bien seulement, dans les cas légers, par des matières stercorales très délayées ; quelquefois, des coliques assez vives, surtout lorsqu'on tarde d'obéir au besoin d'exonération ; asthénie plus ou moins rapide à se produire, plus ou moins considérable et profonde, selon la rapidité même des déperditions, selon leur abondance, selon leur longue et interminable réitération. Quant aux causes principales de l'entérorrhée, c'est, pour les cas aigus, l'impression du froid et de l'humidité, ce sont les alimens indigestes et irritans, ce sont aussi les émotions morales très violentes; et, pour les cas chroniques, c'est l'entérite elle-même, se transformant à la longue, et dégénérant en une pure et simple habitude de supersécrétion.

Un mot de thérapeutique pour terminer. Dans le doute où nous pouvons être, où nous sommes le plus ordinairement, devant un malade donné, sur la question de savoir si c'est à une simple entérorrhée, ou bien à une entérite que nous avons affaire, il faut bien, en vérité, que nous prenions surtout pour boussole du traitement les indications fournies par les symptômes prédominans (114. E.), et par l'état des forces (114. C.). Y a-t-il pléthore, et surtout avec la pléthore y a-t-il des coliques fort douloureuses : débutons par des émissions sanguines. Y a-t-il prostration subite des forces avec une diarrhée excessive : n'hésitons pas à user de la médication stimulante, et tâchons à tout prix de supprimer la diarrhée par l'emploi des astringens et des opiacés, cachou, diascordium, etc., etc., médicamens déjà conseillés dans la thérapeutique de l'entérite (467. A. et C.). Y a-t-il un affaiblissement de longue date : sachons mettre à profit les moyens corroborans, de manière toutefois à ne point exciter un redoublement de diar-

rhée. Quant aux personnes, enfin, qui sont sujettes à éprouver facilement, par l'impression du froid et de l'humidité, une attaque d'entérorrhée, songeons à les mettre à l'abri d'un si fâcheux inconvénient par des précautions hygiéniques, telles que, par exemple, une ceinture de flanelle autour du ventre, etc., etc. M. Grisolle (*Op. cit.*, t. Ier, pag. 748) nous rapporte que, chez des individus qui, ayant les pieds toute la journée dans l'humidité, se trouvaient atteints d'une diarrhée interminable et rebelle, il a réussi, en leur conseillant tout simplement de porter des sabots, à obtenir une prompte guérison.

ARTICLE V.

CHOLÉRA VULGAIRE OU EUROPÉEN.

(Χολέρα, Hipp.)

982. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — (Dans le livre V des *Épidémies.*) — 1° Cas d'un Athénien qui fut pris de choléra : traitement détestable, où figure l'ellébore. (Ed. Kuhn, t. III, p. 549.) — 2° Cas d'un nommé Eutychidès (*ibidem*, p. 576).

CELSE. — Lib. IV, c. I, sect, 6, *De intestinorum morbis*, — 1° *De cholerâ.*

ARÉTÉE. — Dans le IIe livre du *Traité des causes et des signes des maladies aiguës*, chap. 5 (Περὶ χολέρης).

SYDENHAM. — (*Observation. medic.*) Sect. IV, c. II, *Cholera-morbus anni* 1669.

GEOFFROY. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. V, p. 143-8.) — Article *Choléra.*

CHAUFFARD. *Mémoire sur le choléra-morbus, et particulièrement sur l'emploi et l'action de l'opium dans cette maladie.* (Dans le *Journal général de médecine*, janvier 1829.)

DALMAS. — (Dans le *Répert.*, — t. VII, art. *Choléra.*) § I, *Du choléra en général* (p. 451-8).

FERRUS. — (Dans le *Répert.*, — *ibidem.*) § II, *Choléra sporadique* (p. 468-76).

PUCHELT. — (*De morbis tubi intestinalis.* Leipzig, 1841, in-8°. Livre formant le volume XIII du grand traité de Joseph Frank.) Cap. XV, *De cholerâ.*

983. *Définition.* — Suivant moi, je l'ai déjà dit à mes lecteurs, et je dois le répéter ici, le choléra vulgaire n'est rien autre chose qu'une gastro-entérorrhée suraiguë (968). C'est ainsi, du moins, que nous pouvons parfaitement le définir au point de vue de la nosographie organique, c'est-à-dire sous le rapport du vice matériel qui tient évidemment le principal rôle dans le drame morbide. C'est ainsi que nous

pouvons très bien réduire à une idée fort simple et fort naturelle la maladie si cruelle et si effrayante dont les nosographes symptomatistes tracèrent la définition complexe que voici : — Brusque et rapide apparition d'évacuations abondantes et continuelles par haut et par bas, complétement ou presque complétement aqueuses, avec prostration extrême des forces, avec certains symptômes des plus graves et des plus alarmans; coliques atroces; refroidissement glacial de la peau; cyanose, surtout prononcée au visage, ainsi qu'aux extrémités des membres; extinction de voix; pouls très petit, très faible, et parfois même absolument imperceptible; crampes opiniâtres, particulièrement aux mollets.

Si nous nous refusons à voir dans un tel ensemble de symptômes une des formes de la gastro-entérite, — si nous n'adhérons pas à cette doctrine que défendait Broussais, et que professent encore quelques auteurs aujourd'hui même, — c'est premièrement parce que les résultats négatifs des autopsies qui furent faites en pareille circonstance, et qui, généralement, montrèrent aux observateurs une muqueuse gastro-intestinale à peu près intacte, et plutôt décolorée et pâle que rouge et enflammée, ne laissent d'autre ressource aux partisans de ladite doctrine que d'invoquer la possibilité de la disparition des caractères anatomiques d'une inflammation, qui aurait duré trop peu, disent-ils, pour demeurer évidente sur le cadavre même par des empreintes, par des vestiges bien reconnaissables; c'est, en second lieu et surtout, parce que la rapidité des guérisons qui ont si fréquemment lieu en cas de choléra vulgaire ne me paraît pas conciliable avec l'hypothèse d'une inflammation. J'accorde bien volontiers qu'une inflammation violente et suraiguë puisse tuer en peu de jours, en quelques heures, sans laisser de caractères nécroscopiques, comme c'est, à mon avis, le cas de tant d'encéphalites aiguës (619. D.). Mais ce que je ne saurais accorder, c'est que, sur le vivant, une inflammation assez intense pour rendre la mort imminente disparaisse sur l'heure et comme par enchantement. Rappelons-le-nous bien, la délitescence n'est guère admissible que comme l'avortement d'un molimen inflammatoire, et non comme la terminaison d'une inflammation confirmée (281. A.). Eh bien donc, en admettant même, à la rigueur, je le concède, si l'on veut, qu'il y ait dans le choléra un molimen inflammatoire sur toute l'étendue de la muqueuse gastro-intestinale, toujours est-il que le résultat principal de ce molimen est la supersécrétion d'une humeur séreuse, que c'est là le phénomène capital de la maladie, et qu'il est plus exact de qualifier cette maladie de gastro-entérorrhée que de gastro-entérite, plus naturel de la classer dans la famille des flux que dans celle des inflammations.

Mais, nous dira-t-on, à ce compte, le choléra est bien moins un genre

de maladie véritablement à part que la combinaison des deux genres nosographiques qui viennent d'être examinés dans les articles précédens. Tous les matériaux de son histoire sont dans l'histoire de la gastrorrhée et de l'entérorrhée : toutes les règles de sa thérapeutique sont dans la thérapeutique même qui a été proposée et tracée à l'égard des deux flux ici en question. — Cela est rigoureusement vrai, répondrai-je. Toutefois, comme cette combinaison de la gastrorrhée et de l'entérorrhée constitue un ensemble symptomatique fort remarquable et fort sinistre qui, depuis un temps immémorial, avait frappé l'attention, et avait reçu un nom particulier que consacre une tradition multiséculaire et ininterrompue, j'ai cru à propos, d'après mes principes de fidélité et de soumission, en matière de nosographie, à ce que l'on peut appeler le consentement unanime des médecins (67. A.), j'ai cru à propos de conserver ici au choléra son nom et sa place à part.

Au surplus, je me bornerai ici, comme le titre même de l'article en a déjà averti les lecteurs, à considérer le choléra vulgaire, tel qu'il s'est montré de tout temps en Europe, sporadiquement, ou tout au plus à titre de petite épidémie ou épidémie catastatique. Le choléra pestilentiel, choléra épidémique proprement dit, choléra indien ou asiatique, ce grand fléau qui décimait il n'y a pas si longtemps encore les populations depuis les bords du Gange jusqu'à ceux du Mississipi, et qui fut pour la médecine du XIXe siècle un spectacle désespérant, mais profondément instructif, le choléra pestilentiel doit être regardé, telle est du moins mon intime conviction, comme une maladie essentiellement, radicalement distincte du choléra vulgaire. Quoique sous des apparences symptomatiques fort semblables à celui-ci, il avait assurément une tout autre nature. Comment méconnaître cela, rien qu'en considérant le degré incomparablement plus élevé de la léthalité, rien qu'en méditant sur le fait même de l'épidémie? Il y avait là quelque cause morbifique extraordinaire, Θεῖόν τι d'Hippocrate, je ne sais quel empoisonnement occulte et miasmatique. Qu'il me suffise de poser ici mon opinion : je me réserve de la développer quand le moment sera venu, c'est-à-dire quand, dans le chapitre consacré aux grandes épidémies, en *Nosographie étiologique*, je devrai particulièrement jeter un coup d'œil sur le choléra pestilentiel.

Encore un mot, et je termine ce préambule un peu long, mais où je n'insiste pourtant que sur des remarques essentielles. Si j'ai mieux aimé inscrire pour titre du présent article le terme de choléra vulgaire que celui de choléra sporadique, qui, aujourd'hui, il faut le dire, est beaucoup plus usité précisément dans le même sens, c'est parce que ce dernier terme n'est pas, à la lettre, rigoureusement vrai ; c'est parce que le

choléra vulgaire, avec sa bénignité relative, avec sa facilité à guérir par l'administration de l'opium, avec ses conditions ordinaires d'invasion sous le coup évident d'une impression de froid, s'est quelquefois montré sur un assez bon nombre de personnes en même temps, non pas, je le répète, à titre de grande épidémie qui ravage et désole un continent, mais à titre de petite épidémie, et notamment de constitution automnale dans certaines localités, comme Sydenham, par exemple, le vit régner à Londres en 1669.

984. *Étymologie.* — Χολέρα vient de Χολή, bile. Est-ce à dire que les anciens aient eu particulièrement et uniquement en vue, sous un pareil terme, une maladie caractérisée par des vomissemens et des déjections abondantes de véritable bile? Est-ce à dire que leur choléra correspondît précisément, exclusivement, au cas qui va nous occuper dans l'article suivant, et qui mérite dans un sens propre et strict le nom de flux bilieux? Non pas, assurément. Les anciens avaient fort bien reconnu, et il ne fallait que des yeux pour cela, un choléra dont les évacuations consistaient entièrement ou principalement en un liquide d'apparence aqueuse ou séreuse : les descriptions qu'ils nous ont laissées sont à cet égard très nettes, très explicites. Voilà même pourquoi, par exemple, Alexandre de Tralles prétendait que le mot Χολέρα était un dérivé, non pas de Χολή, bile, mais de Χολάς, intestin : assertion où j'aperçois bien moins, il faut le dire, le philologue que le médecin. C'était là, en effet, déclarer formellement que le choléra est une affection du tube digestif, et non de l'appareil biliaire. Mais, après tout, qu'est-ce que le mot Χολάς, sinon un des nombreux dérivés du radical Χολή? Il est dû évidemment à la considération des rapports qu'a la bile avec l'intestin, où elle arrive par le canal cholédoque, et où elle s'amasse, se mêle au chyme, et concourt au grand œuvre de la digestion. Quant à ce qui concerne la véritable interprétation de l'étymologie du mot choléra, elle repose indubitablement sur les raisons que voici. Les anciens, dans leur humorisme tout hypothétique, ne se bornaient pas à voir la bile là où elle est et telle qu'elle est réellement, mais ils l'accusaient encore, en la supposant plus ou moins altérée, dénaturée, changée de couleur et d'aspect, pour un grand nombre de cas dans lesquels une matière âcre, ou censée telle, leur parut devoir être invoquée comme l'élément essentiel de la maladie, notamment en fait de maladies de l'appareil digestif. C'est dans de telles idées que le choléra dut être et fut considéré comme une affection de nature éminemment bilieuse.

985. *Synonymie* — Choléra-morbus : par un accouplement assez bizarre d'un mot latin avec un mot grec, accouplement depuis longtemps consacré dans la latinité peu scrupuleuse de la médecine moderne.

— Trousse-galant : dans un langage vulgaire et vieilli, et qui ne convient plus du tout à la gravité de la science, mais qui ne laisse pas que d'avoir son mérite, et de peindre fort bien avec quelle rapidité le choléra peut abattre et faire passer de vie à trépas l'homme le plus robuste, comme un coup de foudre au milieu de la santé la plus florissante, et, pour continuer sur un ton familier en rapport avec le mot même dont il est question, la plus fringante et la plus gaillarde.

986. *Symptomatologie.* — A. J'ai déjà dit les symptômes principaux et caractéristiques du choléra, en expliquant et en commentant la définition même de cette maladie (983). Encore une fois, je le répète, le choléra peut éclater brusquement chez des personnes en pleine santé. Si l'invasion du mal a lieu peu de temps après le repas, les premiers vomissemens sont ceux de l'indigestion; ils rejettent les alimens déjà chymifiés ou non; parfois, on vomit une certaine quantité de bile jaune ou verte; mais toujours on finit par ne vomir, indépendamment des tisanes ou autres boissons, rien autre chose qu'un liquide séreux tout-à-fait semblable à celui qui flue par la voie des selles. Pareillement, la diarrhée commence par être stercorale, et parfois bilieuse ; puis elle ne fournit plus qu'une sorte d'eau trouble, souvent peu ou point fétide, contenant ordinairement çà et là quelques grumeaux blanchâtres, et que beaucoup d'observateurs ont comparée à l'eau de riz. La quantité des évacuations est, dans certains cas, vraiment prodigieuse. Ce qui ne manque jamais de se montrer en semblable circonstance, ce sont les coliques tormineuses, l'abattement des forces, le refroidissement glacial des extrémités et de toute la surface cutanée; la soif brûlante, l'aphonie, la coloration violacée des lèvres, du visage, des mains et des pieds ; la faiblesse extrême du pouls. Dans les cas les plus graves, le pouls fait complétement défaut, la sécrétion urinaire se trouve abolie, des crampes horriblement douloureuses se déclarent en diverses parties du corps, mais surtout aux mollets. Au milieu de cet affreux désordre, les malades, généralement du moins, ont leur connaissance pleine et entière : ni délire ni coma, voilà la règle.

B. Le choléra vulgaire se termine quelquefois par la mort; en vingt-quatre heures ou moins, il peut tuer l'homme le plus vigoureux. Mais, dans la plupart des cas, par bonheur, il se montre plus clément : après un ou deux jours, les évacuations cessent, et le malade recouvre peu à peu ses forces, revient à la santé, souvent même en fort peu de temps.

987. *Étiologie.* — Relisez l'étiologie de la gastrorrhée et de l'entérorrhée (979. G. — et 981). En somme, l'impression du froid dans un moment de mauvaise disposition, l'action des alimens indigestes, et, en général, de tous les *ingesta* de nature irritante, la suppression imprudente de

sécrétions habituelles, les émotions de terreur, voilà les quatre sortes de conditions qui paraissent singulièrement propres à occasionner le développement du choléra vulgaire. C'est en automne, saison où des soirées longues et fraîches succèdent aux chaleurs encore assez fortes de la journée, c'est en automne qu'on a vu le choléra vulgaire se multiplier à titre de petite épidémie. Ploucquet (*Literatura medica*, art. *Cholera*) cite, d'après la dissertation de je ne sais plus quel auteur, un cas où la suppression de la sueur des pieds dut être considérée comme la cause principale de la maladie. M. Grisolle (*Tr. élém. et prat. de path.*, t. I, p. 731) dit avoir observé, sur un médecin de l'Hôtel-Dieu, un choléra évidemment occasionné par la frayeur que ce médecin avait éprouvée par suite d'une chute.

988. *Diagnostic.* — Il n'y a là que peu ou point de difficulté. Car, de quoi s'agit-il, après tout? Non pas de distinguer, à travers les symptômes, un vice anatomique caché en dedans du corps, mais bien de constater, tout simplement, un certain ensemble de symptômes. Les maladies qui ressemblent le plus au choléra sont la dyssenterie et l'iléus. Mais, dans la dyssenterie, il n'y a pas de vomissemens, du moins en règle générale; et le caractère sub-hémorragique des selles est un signe aussi constant que décisif. Dans l'iléus, si les symptômes généraux sont parfois absolument les mêmes que dans le choléra, l'absence des évacuations alvines et la nature stercorale des vomissemens ne permettent pas de prendre le change.

989. *Pronostic.* — Il est toujours sérieux. Mais tant s'en faut qu'il doive être toujours désespérant. Loin de là. Si la maladie est prise à temps et convenablement traitée, la plus forte chance est pour la guérison. C'est là une de ces maladies que nous souhaitons au jeune praticien de rencontrer dans les débuts de sa carrière, une de ces maladies, veux-je dire, comme la pleuro-pneumonie, l'érysipèle facial avec délire symptomatique, la fièvre intermittente pernicieuse, etc., etc., qui, avec les apparences les plus alarmantes pour les gens du monde, mais avec de grandes chances d'une heureuse issue, peuvent merveilleusement servir à fonder et à consolider une réputation.

990. *Thérapeutique.* — Avant tout, les opiacés, et particulièrement, par exemple, le laudanum, administré tout à la fois en potions et en lavemens. Voilà la véritable ancre de salut. Voilà la ressource la plus efficace pour arrêter la supersécrétion de la muqueuse gastro-intestinale.

Accessoirement, la glace et la potion de Rivière, pour combattre les vomissemens.

Bains chauds, et même très chauds, moyen de révulsion employé dès l'antiquité, et qui fut, sans aucun doute, beaucoup plus utile que l'ellé-

bore à cet Athénien dont j'ai fait mention ci-dessus d'après le livre V des *Épidémies* (982).

Sinapismes, frictions sèches ou avec des linimens stimulans, vésicatoires et autres moyens énergiques et prompts de révulsion cutanée.

Administrer les stimulans à l'intérieur, avec d'autant plus d'insistance que l'asthénie sera plus profonde.

Vin de Madère, de Chypre, de Malaga, etc.; éther sulfurique; essence de menthe; acétate d'ammoniaque, etc., etc.

ARTICLE VI.

FLUX BILIEUX.

991. *Bibliographie.* — SAUVAGES. — (*Nosologia methodica.*) Class. IX, *Fluxus*, gen. XVII, *Diarrhœa*, sp. 8, *D. biliosa.*

ALIBERT. — (*Nosol. natur.*) Famille II, *Entéroses*, genr. II, esp. 2, *Entérorrhée bilieuse.*

BOUISSON. — (*De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides.* Montpellier, 1843, in-8°.) — Pag. 127-30 (*Augmentation de la quantité de bile*, ou POLYCHOLIE).

992. *Définition.* — Appelons *flux bilieux* une affection dont le principal caractère est de consister en évacuations plus ou moins abondantes de bile, soit par haut, soit par bas, soit par l'une et l'autre voie en même temps, de telle façon qu'on ait véritablement droit d'établir cette supposition-ci, à savoir, que, là, le phénomène essentiel et primordial est tout simplement un excès de sécrétion.

A Dieu ne plaise que nous dissimulions combien de doutes et d'obscurités entourent encore la question de la supersécrétion biliaire, et, comme on dit, de la polycholie! Certes, dans bien des cas, il se peut faire que cette supersécrétion, au lieu d'être idiopathique, se produise secondairement sous la dépendance d'une hépatite, d'une duodénite, d'une gastrite. C'est là une face de la vérité, mais non pas, comme on le professa dans l'école de Broussais, la vérité tout entière. Bien des fois aussi la supposition d'une supersécrétion idiopathique de la bile doit être une réalité, quoique, en prenant les cas un à un et isolément, il n'y en ait peut-être aucun où nous puissions affirmer la chose en toute certitude.

993. *Synonymie.* — Cholorrhée (*Cholorrhœa*), de Ploucquet (*Literatur. med.*, art. *Bilis*), et de quelques autres pathologistes. — Hypercholorrhée, de M. Piorry (*Traité de méd. prat.*, t. V, n. 8555-6).

994. *Symptomatologie.* — A. Assez ordinairement, un flux bilieux ne se manifeste qu'après le développement plus ou moins prononcé de

ces symptômes qui caractérisent ce qu'on nomme l'embarras gastrique. Amertume de la bouche ; enduit jaunâtre de la langue; inappétence; dégoût, nausées; teinte tant soit peu ictérique dans le blanc des yeux et au visage, surtout aux ailes du nez : voilà les symptômes qui préludent, pendant un ou deux jours ou davantage, à l'évacuation de la bile surabondante. Cette évacuation s'opère, je le répète, tantôt par les vomissemens et par les selles tout à la fois, tantôt d'une seule manière exclusivement. Au surplus, les efforts de vomissement sont plus ou moins douloureux; les coliques, inséparablement liées aux déjections bilieuses, sont plus ou moins cruelles.

B. Inutile de dire que la bile rejetée n'est pas toujours pure. Elle se montre mélangée de chyme, de mucus, de matière stercorale, surtout dans les premières évacuations. Mais quelquefois elle finit par se présenter pure ou à peu près. Notons, d'ailleurs, qu'elle est tantôt jaune, tantôt verte.

C. Quelquefois, la quantité de bile évacuée est très considérable, très étonnante. M. Bouisson (*loc. cit.*) nous dit avoir observé, à l'hôpital Saint-Éloi, le cas d'un officier qui, pendant le cours d'une maladie vénérienne, fut atteint tout-à-coup de vomissemens bilieux, et rendit énormément de bile, au point de remplir à plusieurs reprises une cuvette de grande dimension.

D. Généralement, le flux bilieux est un accident de courte durée et sans conséquence fâcheuse. Souvent, il ne paraît qu'à titre de crise salutaire pour enlever le malaise, la courbature et tous les phénomènes de l'embarras gastrique. Quelquefois même, il semble mettre fin à des maladies graves.

E. Mais, dans certains cas, le flux bilieux, à raison de son abondance extraordinaire, laisse après lui une faiblesse et un amaigrissement considérable.

F. D'autres fois, enfin, il se montre accompagné de tous les symptômes asthéniques et nerveux qui sont propres au choléra, et peut très vite aboutir à la mort. Au reste, ce dernier cas est rare, surtout en tant que flux bilieux véritablement pur et simple; car d'ordinaire, sinon toujours, en pareille circonstance, il y a choléra proprement dit, tel que nous l'entendons; il y a gastro-entérorrhée, il y a supersécrétion intestinale en complication avec la supersécrétion biliaire.

995. *Etiologie.* — On s'accorde à reconnaître que les climats chauds, surtout les climats très chauds, que l'été, que le tempérament bilieux, sont autant de conditions prédisposantes pour le développement d'une sécrétion excessive de bile.

Y a-t-il quelque chose de vrai dans cette assertion, répétée par tant d'auteurs, que les alimens indigestes, et surtout les alimens gras, sont

une cause de supersécrétion biliaire? Assertion qui, à l'égard du beurre en particulier, est devenue un préjugé populaire des plus répandus et des mieux enracinés. Si nous ne sommes pas encore convaincus que le *beurre fait de la bile*, ce n'est pas faute d'avoir eu les oreilles mille fois rebattues de ce dicton vulgaire.

Ce qu'il y a de très certain, c'est le rapport de cause à effet entre les fortes émotions de colère ou de frayeur et le flux bilieux. Tant et tant de fois on a vu celui-ci se déclarer immédiatement à la suite de celle-là! C'est même là, il faut le dire, que nous rencontrons l'exemple le plus clair et le plus frappant d'une supersécrétion idiopathique de la bile. Les évacuations suivent alors de trop près l'impression qui a ébranlé le moral, pour être imputables à quelque autre dérangement qu'une supersécrétion pure et simple. Et qu'y a-t-il, en vérité, de surprenant et d'incroyable à ce que la bile se produise en plus grande abondance sous le coup même d'une émotion violente, comme se produisent les larmes, comme se produit une sueur froide, etc., etc.?

Quant aux cas dans lesquels la supersécrétion de la bile et les évacuations plus ou moins abondantes de cette humeur par haut et par bas ont lieu consécutivement à la présence d'une hépatite, d'une gastrite, d'une duodénite, c'est à peine si je dois ici les mentionner pour mémoire. Car, après tout, ils ne rentrent point dans le sujet du présent article, où je ne me suis proposé d'envisager le flux bilieux que comme affection idiopathique.

996. *Thérapeutique.* — Si le flux bilieux est peu considérable, à peine réclame-t-il un traitement; à peine indique-t-il l'emploi de boissons acidulées et de lavemens émolliens. S'il devient excessif, les opiacés sont encore, à ce qu'il paraît, un excellent remède pour le modérer et y mettre fin, comme en fait foi le cas déjà cité de cet officier dont M. Bouisson nous a parlé, et chez lequel il arrêta les vomissemens bilieux par l'emploi de l'opium. Ai-je besoin de dire, au surplus, que, si la maladie revêt la forme du choléra, il faudra déployer avec énergie, mais avec à-propos et suivant les indications particulières du cas donné, les diverses ressources que j'ai indiquées dans le précédent article (990)?

ARTICLE VII.

BRONCHORRHÉE.

(Roche. — De Βρόγχος : voir l'article *Bronchite*. — Voir encore ci-dessus, art. II.)

997. *Bibliographie.* — ALARD. — (*Du siége et de la nature des maladies.* Paris, 1821, in-8°. — Chap. IV, § Ier, *Des exhalations morbifiques directes ou immédiates,... 3° Des phlegmatorrhagies.*)

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIme partie, section Ire, chap. I, art. 3, *Du catarrhe pituiteux, ou de la Phlegmorrhagie pulmonaire.*

ANDRAL. —(*Clin. méd.*, — t. III. — Dans les *Observations sur la bronchite.*) Obs. XVI. *Symptômes de bronchite chronique. Expectoration séreuse très abondante. Blancheur de la membrane muqueuse.* — Obs. XVII. *Flux bronchique aigu déterminant la mort par asphyxie, chez un individu atteint de pneumonie et de bronchite chroniques.* — Obs. XVIII. *Flux séreux des bronches, dont l'apparition subite coïncide avec la résorption d'un hydrothorax.*

ROCHE. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. IV, p. 272-8.) — Art. *Bronchorrhée.*

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, — t. I, p. 681-7.) — Art. *Bronchorrhée.*

998. *Vue générale et division du sujet.* — Sous le nom de bronchorrhée, nous désignons un genre particulier de maladie essentiellement constitué par une sécrétion excessive de la muqueuse bronchique sans la présence d'une bronchite à laquelle cette supersécrétion soit imputable.

Or, ce cas existe-t-il en réalité? Personne aujourd'hui, je crois, ne songe à le contester. L'analogie et le raisonnement ne permettent guère d'en révoquer en doute la possibilité, voulût-on se borner à considérer la question *à priori*. Mais l'observation est toujours là pour éclairer, à cet égard, quiconque ne condamne pas ses yeux à ne contempler la nature qu'à travers les nuages d'un système préconçu.

D'après le témoignage de divers observateurs très savans et très éclairés, il est constant qu'une expectoration fréquente et très abondante d'un mucus séreux, glaireux ou puriforme, sans aucun autre trouble de la santé dans le principe, a fini quelquefois par être suivie du marasme et de la mort, et cela sans que l'on ait pu reconnaître, une fois l'autopsie faite, d'autre cause du dépérissement, hormis l'énorme déperdition qui s'opérait par le flux bronchique. M. Andral, par exemple, nous assure avoir constaté, en pareil cas, l'état pâle et parfaitement normal de la muqueuse bronchique, notamment chez un individu qui rendait habituellement dans les vingt-quatre heures un litre environ de liquide par l'expectoration (*loc. cit.*). M. Grisolle, cet observateur si exact et si consciencieux, affirme, lui aussi, avoir rencontré une fois, et bien vérifié le fait dont il s'agit (*Tr. élém. et prat. de path.*, t. I, p. 740).

Outre ces flux catarrhaux chroniques dont les bronches peuvent ainsi

être le siége, il est encore certains flux bronchiques aigus qui, par leur invasion soudaine, par leur nature purement séreuse, par leur extrême abondance, ne peuvent pas du tout être confondues avec la bronchite.

Nous allons donc partager cet article-ci en deux paragraphes : l'un, pour la forme aiguë de la bronchorrhée ; l'autre, pour la bronchorrhée chronique.

999. *Synonymie.* — Asthme muqueux, d'Alibert (famille V, *Pneumonoses*, genr. I, espèce 2). — Phlegmatorrhagie pulmonaire, de M. Alard. — Phlegmorrhagie pulmonaire, de Laënnec. — Catarrhe pituiteux, de beaucoup de vieux observateurs.

§ I. De la Bronchorrhée aiguë en particulier.

1000. *Brève description.* — La bronchorrhée aiguë, beaucoup plus rare que la bronchorrhée chronique, est, en général, un accident aussi grave qu'effrayant. Elle est caractérisée par la rapide apparition d'une expectoration très abondante de pituite incolore, transparente, filante et spumeuse, avec une dyspnée considérable, le plus ordinairement même avec une dyspnée suffocante (46. A. γ.).

Au début, il semble quelquefois que ce soit un simple rhume qui survienne ; mais au bout de peu d'heures, ou même de quelques minutes, la violence de la toux, la gêne excessive de la respiration, l'intensité de l'angoisse (46. A. 6.), et souvent la lividité de la face, les symptômes d'hypérémie encéphalique, le refroidissement des extrémités, etc., font trop bien voir la gravité de la maladie et l'imminence de la mort. On comprend sans peine que, chez les enfans, une telle affection ait pu quelquefois être prise pour le croup. Laënnec (*loc. cit.*, p. 165) nous apporte un exemple d'une semblable erreur de diagnostic. Chez un enfant qu'on disait mort du croup, et à l'autopsie duquel il avait assisté, « les bronches ne contenaient autre chose qu'une sérosité un peu filante » et à peine spumeuse, qui les remplissait presque en entier. Leur » membrane interne présentait à peine çà et là quelques légères rou» geurs. »

Que nous apprend, en cas de bronchorrhée, l'examen du thorax par la percussion et l'auscultation ? Le voici. Normalité parfaite de la sonorité thoracique. Râles divers : râles sous-crépitans, muqueux, sibilans, ronflans. Rien de plus facile à comprendre et à expliquer que le développement du râle muqueux et du râle sous-crépitant, par suite de la présence d'un liquide dans des ramifications bronchiques de plus ou moins gros calibre. Les râles sibilans et ronflans fournissent un argument assez fort en faveur de l'hypothèse d'une tuméfaction hypérémique de la muqueuse bronchique. Mais conclure de là à l'existence d'une véritable bronchite, comme le veulent certains pathologistes, c'est assurément

une conclusion illégitime et mal fondée ; car toute hypérémie, même sthénique, n'est pas décidément inflammatoire. Faut-il redire à nos lecteurs que l'hypérémie est très souvent une des conditions préalables de la supersécrétion (178. D. Ç.)? Et, d'ailleurs, on pourrait, à la rigueur, pour l'explication des râles sibilans et ronflans, invoquer, au lieu d'un boursouflement de la membrane muqueuse, les obstacles et les rétrécissemens que doit opposer à la circulation de l'air un mucus visqueux et tenace, çà et là demeuré adhérent dans les ramifications bronchiques.

Quelquefois, une bronchorrhée suraiguë peut être un accident mortel. Mais cela n'arrive guère que lorsque le sujet est trop faible pour expulser, par les efforts d'expectoration, le liquide qui afflue dans les voies bronchiques; en d'autres termes, lorsqu'à la bronchorrhée se joint une hydropneumonie (918-9). Le plus ordinairement, la bronchorrhée aiguë, après avoir jeté sa victime dans l'état le plus horrible et le plus alarmant, cesse et disparaît aussi vite qu'elle était venue. Chez quelques personnes, elle se reproduit par accès de temps à autre.

Dans certains cas, à la vérité très rares, la bronchorrhée aiguë se montre à titre de crise heureuse et salutaire, qui guérit en quelques jours, ou même en peu d'heures, une anasarque, une ascite, un hydrothorax.

1001. *Thérapeutique.* — Une saignée peut être très utile chez les sujets d'un tempérament sanguin, d'une constitution pléthorique. Mais gardez-vous bien d'abuser de ce moyen, et surtout d'y avoir recours routinièrement chez qui que ce soit. Craignez de trop affaiblir votre malade, et de le rendre incapable des efforts d'expectoration qui sont nécessaires pour débarrasser les voies bronchiques, et prévenir l'hydropneumonie.

L'administration d'un vomitif (ipécacuanha, ou tartre stibié) est un moyen des plus efficaces, tant pour modérer la supersécrétion bronchique que pour faciliter l'expectoration du liquide une fois sécrété. C'est là un remède plus généralement applicable que ne l'est la saignée. Ce sera là, bien des fois, la seule ancre de salut. Au besoin, on répétera le vomitif plusieurs fois de suite.

Sinapismes, vésicatoires aux extrémités inférieures, et autres moyens de révulsion rapide, afin de s'opposer à la suffocation.

§ II. De la Bronchorrhée chronique en particulier.

1002. *Brève description.* — La bronchorrhée chronique ne se présente guère que chez des individus déjà vieux, ou, du moins, parvenus à l'âge de virilité décroissante, et particulièrement chez ceux dont la

constitution a été affaiblie et ruinée par la misère, les fatigues ou les excès de tout genre. Beaucoup de goutteux, lorsqu'ils avancent en âge, se voient atteints de cette maladie. Ce qui, de toute évidence, y prédispose, ou, pour mieux dire, en prépare le développement, ce sont les récidives fréquentes de la bronchite aiguë. Il ne paraît pas que la bronchorrhée chronique puisse jamais être la suite de la forme aiguë que nous venons de décrire dans le précédent paragraphe (1000). Comme tant de flux catarrhaux qui sont la transformation insensible de l'inflammation d'une membrane muqueuse, elle succède ordinairement à la bronchite devenue chronique.

Chez une partie des sujets atteints de bronchorrhée chronique, l'expectoration est glaireuse, même puriforme, et se produit régulièrement, s'il est permis de parler ainsi, pendant tout le cours de la journée, comme dans les formes ordinaires de la bronchite chronique (510. C.).

Chez quelques sujets, l'expectoration est purement pituiteuse. Et c'est surtout sous cette forme qu'on la voit se reproduire par accès, et à peu près périodiquement.

Assez ordinairement, il y a deux accès dans les vingt-quatre heures, l'un au moment du réveil, et l'autre vers le soir. Certains malades, au contraire, ont leurs accès immédiatement après les repas. La quantité de pituite expectorée est toujours considérable. Laënnec (*loc. cit.*, p. 167) dit avoir vu quelques malades en rendre deux à trois livres à chaque accès, dont la durée n'était cependant que d'une heure ou deux environ. Pendant l'accès, il y a toujours une dyspnée plus ou moins pénible, qui ensuite diminue ou cesse même complétement. C'est bien là ce que les anciens nommaient un asthme humide.

Quoi qu'il en soit, la bronchorrhée chronique, tout en étant une maladie apyrétique, tout en n'amenant avec elle ni fièvre ni sueurs nocturnes, n'en finit pas moins par produire un certain degré d'affaiblissement et de maigreur. Il est rare, mais non pas impossible, que la maigreur aille en pareil cas jusqu'au marasme. En règle générale, donc, la bronchorrhée chronique n'empêche pas la vie de se prolonger pendant un grand nombre d'années.

« C'est une chose fort remarquable, » dit Laënnec (*loc. cit.*, p. 168-9), » que l'énorme déperdition journalière qui peut avoir lieu par des flux » pituiteux, et le nombre d'années qu'ils peuvent durer sans que le » malade succombe. M. Alard a réuni plusieurs faits intéressans de ce » genre. Je connais moi-même, à Paris, deux vieillards qui ont joué » l'un et l'autre un grand rôle sur la scène politique, et qui sont sujets » à des flux abondans de cette espèce. L'un d'eux, plus que septuagé» naire, expectore, depuis dix à douze ans, tous les jours, dans deux

» accès phlegmorrhagiques, environ quatre livres d'un liquide inco-
» lore, filant et spumeux. L'autre rend tous les matins, par des vomis-
» semens faciles, et qui se répètent à de courts intervalles pendant
» quelques heures, de trois à six livres d'un liquide tout-à-fait
» semblable à du blanc d'œuf mêlé à un tiers d'eau : quoique âgé de
» plus de soixante ans, il se porte assez bien, et peut encore se pro-
» mener à pied pendant plusieurs heures. »

Cependant, quelques sujets meurent d'épuisement au bout d'un certain temps par le seul fait de la bronchorrhée. On en trouve un exemple remarquable dans l'une des observations, plus haut citées (obs. XVIe), de la *Clinique* de M. Andral. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, qui mourut dans un grand degré de dépérissement et d'émaciation, après avoir expectoré chaque jour, pendant plus de deux ans, environ une pinte et demie d'un liquide pituiteux. A l'autopsie, on constata une pâleur remarquable de la membrane muqueuse trachéo-bronchique depuis un bout jusqu'à l'autre. On ne put reconnaître aucune autre cause de mort que l'abondance journalière de la déperdition pituiteuse.

D'autres malades, sans être encore réduits au marasme, succombent par suite de la difficulté de plus en plus grande qu'ils éprouvent à respirer et à expectorer, l'emphysème pulmonaire se surajoutant à la bronchorrhée, et s'accroissant de jour en jour par le progrès de la vieillesse, et les puissances expiratrices se trouvant en même temps de plus en plus affaiblies. Il n'est pas rare, en pareil cas, que l'impossibilité de l'expectoration détermine une hydropneumonie irremédiable et meurtrière.

1003. *Thérapeutique.* — Mêmes principes de traitement que pour la bronchite chronique (513). Inutile de les exposer ici de nouveau : tant il est vrai, encore une fois, qu'entre les inflammations muqueuses chroniques et les flux catarrhaux (299. Q.) existe une filiation étroite, intime, et qui n'est pas de nature à toujours permettre, dans chaque cas particulier, un diagnostic précis. Force nous est donc de suivre d'autres indications que celles qui dériveraient d'une détermination rigoureuse de l'espèce même de la maladie (114) : force nous est donc de régler nos prescriptions d'après l'abondance de l'expectoration, d'après la dyspnée, etc., etc.

Au surplus, il est bien des cas où la bronchorrhée chronique ne réclame, de la part d'un médecin prudent et éclairé, qu'une thérapeutique palliative. Car, une fois enracinée et invétérée, elle constitue une sorte de fonction excrémentitielle, qui est devenue nécessaire à l'équilibre général de l'économie, et qui ne pourrait être complétement supprimée sans danger, à moins d'établir artificiellement quelque

autre flux tout-à-fait équivalent, et, sans nul doute, tout aussi incommode.

ARTICLE VIII.

DIABÈTE.

(Διαβήτης, de Galien et d'Arétée.)

1004. *Bibliographie.* — CELSE. — (*De re med.*) Lib. IV, cap. I, sect. 7. — Quelques mots seulement, mais qui indiquent déjà une certaine connaissance du diabète ([1]). — « Lorsque l'urine, » dit cet auteur, « se présente en quantité disproportionnée aux boissons, » et que, s'écoulant sans douleur, elle produit la maigreur et met » la vie en péril, il faut, etc. » (Suivent des prescriptions thérapeutiques.)

GALIEN. — (Dans le traité *Des parties pathologiquement affectées*) Livre VI, chap. III-IV.

ARÉTÉE. — (Dans le traité *Des causes et des signes des maladies chroniques*) Livre II, chap. II, *Du Diabète* (Περὶ διαβήτεω).

— (Dans le traité *De la cure des maladies chroniques*), livre II, chap. II, *Traitement du diabète* (Θεράπεια διαβήτου).

AVICENNE. — (*Canon*). Lib. III, fen. XIX, tractatus 2, cap. 17-18.

WILLIS. — (*Pharmaceutice rationalis*) Sect. IV, cap. 3.

ROLLO. *An Account of two cases of the diabetes mellitus, to which are added a general view of the disease*, etc. Londres, 1797, 2 vol. in-8°. — Traduit en français par Alyon, avec des notes de Fourcroy. Paris, an VII, in-8°.

NICOLAS et GUEUDEVILLE. *Recherches et expériences médicales et chimiques sur le diabète sucré, ou la phthisurie sucrée.* Paris, 1805, in-8°.

DUPUYTREN et THÉNARD. *Sur le diabète sucré.* (Dans le *Journal de Corvisart, Leroux* et *Boyer*, août 1806.)

RENAULDIN. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. IX, p. 125-52). — Art. *Diabètes.*

CHEVREUL. *Note sur le sucre du diabète.* (Dans *Annales de chimie*, t. XCV, p. 319.)

PROUT. *An Inquiry into the nature and treatment of diabetes, calculus*, etc. Londres, 2e édition, 1825, in-8°.) Sect. I, chap. III.

DEZEIMERIS. *Recherches sur la nature du diabètes.* (Dans les *Mémoires de la Soc. méd. d'émulation*, t. IX. Paris, 1826. — M. Dezeimeris cherchait à démontrer dans ce mémoire, d'ailleurs plein

[1] At quum urina super potionum modum mingitur, et jam sine dolore profluens maciem et periculum facit; ......

de choses intéressantes, que le diabète était presque toujours la conséquence d'une gastrite chronique. Cette opinion n'a guère trouvé de partisans.

BARDSLEY. — (*Hospital facts and observations, illustrative of the efficacy of the new remedies, strychnia, brucia, acetate of morphia, veratria, iodine*, etc.... With..... some cases of diabetes, etc. Londres, 1830, in-8°). — Pag. 168-91.

BELL. — (Dans le *Dict. des études médicales pratiques.*) — Art. *Diabète.*

ROCHOUX. — (Dans le *Répert.*, t. X, p. 225-39.) — Art. *Diabète.*

MAC-GREGOR. *An experimental inquiry into the comparative state of urea in healthy and diseased urine, and the seat of the formation of sugar in diabetes mellitus.* (Dans *The London medical Gazette*, numéros du 13 et du 20 mai 1837.)

ROBERT WILLIS.—(*Urinary diseases and their treatment.*—Londres, 1838, in-8°.) Part I, chap. VII (*Morbid states in which principles foreign to the urine and the blood, and derived from none of the natural* constituents of these fluids, *are eliminated by the kidney*), sect. I, *Of the discharge of urine containing saccharine matter in solution*, MELITURIA (Diabetes mellitus).

PÉLIGOT. — (*Recherches sur la nature et les propriétés chimiques des sucres.* — Dans *Annales de chimie et de physique*, t. LXVII) Pag. 139 et suiv., *Sucre d'amidon et sucre de diabète.*

BOUCHARDAT. *Mémoire sur le diabétès.* (Dans la *Revue médicale*, juin 1839.) — « Travail médico-chimique remarquable par sa pré- » cision et sa lucidité, » ainsi le qualifie l'illustre et savant M. Biot (*loc. infrà cit.*)

— *Monographie du diabétès sucré, ou Glucosurie.* Dans l'*Annuaire de thérapeutique de* 1841 (110), p. 159-251.

— *Nouvelles recherches sur le diabète sucré.* Dans l'*Annuaire de thérap. pour* 1842, p. 266-85.

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 27-46.) — Art. *Diabète.*

MONNERET. *Quelques remarques sur un cas de diabète sucré, accompagné d'une altération organique des deux reins* (Néphrite des auteurs), *sans albumine dans l'urine.* (Dans les *Archives*, novembre 1839.) — Le but principal de ce mémoire est de prouver que le diabète ne paraît pas avoir son point de départ dans les reins, et que, tout au moins, une maladie de ces organes n'empêche pas la sécrétion de la matière sucrée.

BIOT. *Sur l'emploi des caractères optiques comme diagnostic immédiat du diabète sucré.* (Dans *Gaz. méd.*, 1841, n° 2.)

REQUIN et BONNEFOUS. *Observation sur un cas de diabète sucré.* (Dans *Revue médicale*, septembre 1842.) — Observation recueillie sous mes yeux dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe, rédigée par mon interne, M. Bonnefous, et imprimée par décision de la Société de médecine. — Il s'agit d'une guérison obtenue en trois mois par l'emploi combiné d'une diète animale, du pain de gluten, du vin de Bordeaux et de l'opium. « Le 23 février 1842, est entrée au nº 3 de la salle Sainte-Cécile, une femme » de soixante ans, marchande des quatre saisons, née à Paris, » qu'elle a constamment habité. Elle se nomme Lachaut (Marie-» Catherine); elle n'a eu en sa vie d'autre maladie grave qu'une » *fluxion de poitrine*, avant l'âge de vingt ans. — Réglée pour la » première fois à quinze ans, elle n'a jamais éprouvé de dérange-» ment dans la fonction menstruelle jusqu'à sa cessation, à qua-» rante-huit ans. De vingt ans à quarante-deux, elle a eu quatorze » fausses-couches, sans avoir pu amener aucune grossesse à terme; » la dernière eut lieu à huit mois; toutes les précédentes n'avaient » pu atteindre le septième. — Cette femme, quoique dans un état » assez misérable (elle était couverte de poux, elle n'avait pas de » chemise), assure pourtant se nourrir convenablement. Elle ha-» bite au second étage; son appartement semble réunir des con-» ditions suffisantes d'hygiène. Ses demi-aveux, et quelques cir-» constances de son séjour à l'hôpital, portent à penser qu'elle » avait certaines habitudes d'ivrognerie; tout au moins ne dissi-» mule-t-elle pas un penchant bien prononcé pour les boissons alcoo-» liques. — La malade raconte avoir été prise, il y a quatre mois, » de l'affection pour laquelle elle vient réclamer les secours de » l'art. A son dire, l'invasion a été subite, et la maladie a présenté » immédiatement l'intensité qu'elle a aujourd'hui. Du reste, pour » ce renseignement comme pour tous ceux qu'elle a donnés, il » faut se tenir dans la plus grande réserve, vu son peu d'intelligence. » Quoi qu'il en soit, voici l'état qu'il a été aisé de constater lors de » l'entrée de la malade : d'abord, et surtout, une soif extrême ; » c'était même, à vrai dire, la seule chose dont elle se plaignît ; » mais elle a bientôt ajouté que la quantité de ses urines avait sin-» gulièrement augmenté ; le fait a été vérifié de la manière suivante : » un seau était placé auprès de son lit, et recevait toutes ses urines ; » on avait soin de le faire vider chaque matin à la visite. Du-» rant les premiers temps du séjour à l'hôpital, il fallait le vider » deux fois dans la journée, et il était encore à moitié rempli au » moment de la visite ; d'où il résulte que la quantité d'urine ex-» crétée chaque jour était de deux seaux et demi. Ces urines ont

» été soumises à l'analyse par M. Bouchardat, et cet habile chimiste » y a constaté 70 grammes de sucre sur 1,000. — L'état général » n'offre d'ailleurs point de trouble bien notable ; la malade n'a pas » de fièvre ; son appétit, quoique diminué, est encore assez bon ; » le sommeil est également un peu moindre ; pas de douleurs dans » aucun organe. Il y a seulement un notable affaissement des forces, » qui empêche cette femme de se livrer à ses occupations ordinaires. » — Le diagnostic paraissant bien établi d'après les faits précé- » dens, on eut d'abord recours au traitement qui suit. Une che- » mise de flanelle fut appliquée sur la peau ; régime animal, autant » que possible ; deux portions de pain ordinaire pour la double » quantité de viande, et pas de légumes ; vin de Bordeaux. Chaque » soir, une pilule d'extrait d'opium à 0,05 centigramm. Ces pres- » criptions furent continuées quinze jours sans changement appré- » ciable. L'indocilité de la malade y était un obstacle continuel. » On cherchait à réduire encore le peu de pain qui lui était donné ; » mais les cris et les plaintes de cette femme décidèrent à renoncer » à de semblables tentatives de traitement, car elle troublait le » repos de la salle, et toute surveillance échouait. On songea alors » à employer le pain de gluten, qui fut donné à discrétion ; mais » le pain ordinaire fut supprimé entièrement. Il y eut encore quel- » ques difficultés ; mais, enfin, on parvint à faire suivre le trai- » tement animal en donnant chaque jour du poulet. La malade » accepta ce nouveau régime assez volontiers ; on n'avait pu l'ha- » bituer à la viande servie ordinairement dans les hôpitaux. — Ce » traitement était suivi avec persévérance depuis deux mois, et pro- » duisait des améliorations de plus en plus appréciables. La quan- » tité des urines diminuait graduellement, ainsi qu'il était aisé de » s'en assurer tous les matins. Les autres malades remarquaient » que celle qui fait l'objet de cette observation buvait de moins » en moins. Enfin, après deux mois, on trouvait que les urines » excrétées dans la journée étaient d'un tiers de seau seulement. » On se proposa alors de les analyser de nouveau. M. Bouchardat » n'y trouva pas de sucre. Mais il craignait qu'elles ne fussent » altérées, et il demanda une nouvelle analyse ; celle-ci produisit » le même résultat. M. Bouchardat manifestait encore les mêmes » craintes ; alors M. Bonnefous alla recueillir des urines qu'il fit » excréter à la malade devant lui, puis les porta tout de suite à » M. Bouchardat. Cette fois on ne pouvait objecter les mêmes » appréhensions, et le résultat de cette troisième expérience fut » semblable à celui des deux précédentes. — D'un autre côté, la » malade boit dans les vingt-quatre heures deux pots de tisane ;

» la quantité des urines se maintient au niveau ordinaire ; les forces » ont reparu ; le sommeil et l'appétit ont augmenté. Depuis quinze » jours, cependant, le traitement est suspendu ; la malade mange » quatre portions, selon les prescriptions du réglement des hôpi- » taux. Elle a conservé sa chemise de flanelle, continué l'usage » du bordeaux et les pilules d'opium, etc. Elle quitte le service » le 7 juin dans cet état, qui peut être considéré comme une gué- » rison. »

CONTOUR. *Du diabète sucré.* Thèse inaugurale. Paris, 1844. — Excellent travail, et où j'ai beaucoup puisé pour la composition de mon article.

1005. *Définition.* — Sous le nom de diabète, nous croyons désormais à propos de désigner uniquement, exclusivement, une maladie caractérisée par un flux plus ou moins considérable d'urines qui contiennent dans leur composition naturelle un sucre analogue au sucre de fécule, et qui peuvent, par conséquent, éprouver la fermentation alcoolique, soit spontanément, soit par l'addition de la levûre.

C'est là ce que les auteurs nomment *diabète sucré*, *diabète vrai*, par opposition à certains cas infiniment plus rares dans lesquels les urines se produisent aussi en quantité surabondante et véritablement pathologique, mais sans contenir un atome de sucre, et qui ont été signalés sous les noms de *diabète non sucré*, de *faux diabète*, etc.

En restreignant formellement la signification du mot diabète, jadis indistinctement appliqué à tous les flux d'urine, nous ne faisons, en vérité, que reconnaître et proclamer les droits de l'usage qui prévaut aujourd'hui. A telles enseignes que l'Académie française elle-même, qui autrefois définissait le diabète une fréquence d'urine, et qui n'a guère pour défaut d'accepter avec trop de hâte les innovations du langage scientifique, a donné, dans la dernière édition de son Dictionnaire (édit. de 1835), la définition suivante du diabète : « Maladie qui est » caractérisée par une excrétion très abondante d'urine contenant une » matière sucrée. »

Peu importe, disons-le sur-le-champ, dans cette doctrine toute moderne du diabète, que les urines aient tantôt une saveur sucrée très prononcée, et que tantôt elles soient complétement insipides. On ne peut fonder là-dessus une distinction essentielle et capitale. Gardons-nous bien d'opposer, comme certains vieux auteurs, le diabète sucré au diabète insipide ; de séparer, comme Sauvages, à titre d'espèces radicalement différentes, le *Diabetes legitimus* (*Nosol. meth.*, class. IX, gen. XXV, sp. 1. — Le soi-disant diabète d'Arétée, ou diabète insipide), et le *Diabetes anglicus* (*ibid.*, sp. 2, — avec des urines d'une saveur

sucrée); car, ainsi que nous le verrons ci-après, le sucre de diabète peut être indifféremment sapide ou insipide, et les urines du même malade peuvent même contenir tour à tour du sucre insipide et du sucre sapide.

J'ai dit, remarquez-le bien, que le diabète est une maladie caractérisée par un flux plus ou moins considérable d'urines. Soit donné un cas où les urines contiennent une certaine proportion de sucre, très bien appréciable à l'analyse chimique ou à l'examen optique, mais où leur quantité reste à peu près normale, et où, par conséquent, nous ne rencontrions pas les troubles morbides, soif ardente, amaigrissement, etc., qui ne surviennent guère qu'avec un véritable excès de déperditions urinaires. Je ne vois pas là un diabète dans toute la rigueur du terme, un diabète confirmé; ou, tout au moins, je ne puis voir là une maladie (18). Qu'y a-t-il donc? Il y a là, dirai-je, le prodrome, l'imminence du diabète; ou bien un reste de la maladie qui a grande chance de récidiver, je l'accorde volontiers, mais qui, enfin, n'est plus là.

Encore un mot, un dernier mot touchant la place que nous assignons au diabète dans les cadres de la nosographie. A l'exemple de Sauvages, de Linné, de Vogel, de Sagar, et de tant d'autres, nous laissons ce genre de maladie dans la famille des flux. Ce n'est pas que nous prétendions dissimuler (à Dieu ne plaise!) combien il serait peu philosophique, combien peu conforme aux récentes découvertes de la chimie pathologique de ne pas poursuivre au-delà des reins l'origine du diabète, de la confiner, par la plus mesquine de toutes les hypothèses, dans la sphère de la sécrétion rénale, de ne voir là rien autre chose qu'une exaltation et une perversion de cette sécrétion, et surtout, avec l'école de Broussais, rien autre chose qu'une irritation sécrétoire. Mais, après tout, ce qu'il y a de certain et d'évident jusqu'à présent, c'est que le diabète est un flux urinaire. En ce qui concerne les dérangemens organiques ou fonctionnels dont l'existence préalable serait une condition nécessaire au développement de ce flux, rien n'est encore démontré, tout est encore hypothétique, il faut bien l'avouer. Et, pourtant, c'est seulement d'après des caractères indéniables, et non d'après des suppositions sujettes à controverse, que les genres nosographiques doivent être institués et classés. Jusqu'à nouvel ordre, donc, encore un coup, laissons le diabète dans la famille des flux.

1006. *Étymologie.* — Διαβήτης, était, dans son sens propre et primitif, un terme d'hydraulique, et voulait dire un tuyau destiné à l'écoulement des eaux. C'est donc par métaphore que ce mot devint un terme de médecine, et désigna une certaine maladie, « étant telle qu'un tuyau, » dit Arétée (*loc. cit.*), « puisque le liquide ne séjourne pas dans le corps

» humain, mais n'en use que comme d'une voie à travers laquelle il » s'écoule [1]. »

1007. *Synonymie.* — A. *Hydrops ad matulam :* expression galénique, quelquefois employée par les vieux auteurs; traduite mot pour mot du grec en latin, mais intraduisible en français. Rappelez-vous seulement la valeur étymologique et intrinsèque du mot Ὕδρωψ (879), et puis dites, si vous voulez, un *débordement d'hydropisie par la voie des urines*, une *hydropisie urinaire*, une *hydropisie d'urinal ;* toutes phrases, il faut l'avouer, qui sont bien loin de rendre heureusement le pittoresque de la phrase antique.

B. Diabétès : ainsi a-t-on écrit et prononcé autrefois le mot dans notre langue même, précisément comme en grec. Ce n'est que dans la dernière édition du Dictionnaire que l'Académie française a renoncé à cette ancienne orthographe, et a consacré une orthographe nouvelle, conformément à la prononciation depuis longtemps en usage.

C. Phthisurie sucrée : ainsi Nicolas et Gueudeville proposèrent-ils de nommer le diabète, d'après la considération du dépérissement progressif que cette maladie entraîne. — (764. C.)

D. Polyurie sucrée, d'Alibert. (*Nosologie naturelle*, famille IV, *Uroses*, genre Ier, espèce Ire.)

E. Glucosurie : terme proposé par M. Bouchardat, d'après le nom de *glucose* que notre célèbre chimiste, M. Dumas, a donné au sucre de fécule.

F. Méliturie, de M. Robert Willis (de Μέλι, gén. Μέλιτος, miel. — Voyez n° 46. F. ζ.); comme qui dirait *flux d'urines miellées.* Ce terme, tout-à-fait irréprochable sous le point de vue philologique, ne laisse pas que d'avoir, ce semble, une suffisante exactitude sous le point de vue chimique ; car un des principes du miel est le sucre de raisin, avec lequel le sucre diabétique a, comme la chimie nous l'apprend, une très grande, si ce n'est même une entière analogie.

1008. *Coup d'œil historique.* — Rien de relatif au diabète dans la collection hippocratique ; rien, absolument rien où l'on puisse apercevoir une mention, même obscure et superficielle, de cette maladie. Mais déjà Celse, sans en dire le nom, nous en accuse assez clairement l'existence dans le peu de mots que j'ai cités (1004). Arétée vient ensuite, qui non seulement appelle le diabète par son nom, mais encore en retrace admirablement les symptômes et la marche dans une description exacte, pittoresque, j'allais dire complète, n'était qu'il ne connaissait

(1) *Τῇ δέ μοι δοκέει καλέεσθαι διαβήτης ἐπίκλησιν, ὁκοῖόν τι διαβήτης ἐὼν* (lisez ainsi, et non pas *διαβητησέων*, leçon inintelligible et monstrueuse qui subsiste encore dans l'édition de Kuhn), *σύνεχεν ἐν τῷ σκήνεϊ τὸ ὑγρὸν οὐ μίμνει, ἀλλὰ ὁκῶς διαβάθρῃ τῷ ἀνθρώπῳ ἐς ἔξοδον χρέεται.*

pas du tout, qu'il ne pouvait pas connaître le vice de composition de l'urine, la présence d'une matière sucrée au sein de cette humeur. Galien parle également du diabète en propres termes, mais sans le décrire avec autant d'exactitude et de précision que l'illustre médecin de Cappadoce. Depuis Arétée et Galien, aucun auteur, d'entre ceux qui composèrent des traités généraux de pathologie, ne manqua de signaler le diabète, et d'y accorder une certaine attention. Mais on confondait nécessairement avec le diabète proprement dit, tel que nous le définissons aujourd'hui, les autres cas de supersécrétion urinaire que la science actuelle doit en séparer entièrement, radicalement, et, s'il est permis d'ainsi dire, génériquement. Thomas Willis est, à ce qu'il paraît, le premier qui eut l'honneur de découvrir la saveur sucrée qu'a l'urine chez un certain nombre de diabétiques. Toujours est-il que, grâce à lui, grâce à Mead et à d'autres médecins anglais, cette intéressante découverte fit un juste bruit dans le monde savant. De là, même, le *Diabetes anglicus* de Sauvages. Toutefois, c'est seulement vers la fin du XVIII[e] siècle que les progrès de la médecine et de la chimie parvinrent à extraire par l'analyse des urines diabétiques un véritable sucre, bien et dûment reconnu pour tel, bien cristallisable, et bien doué de la saveur caractéristique. En 1806, Dupuytren et M. Thénard découvrirent le sucre diabétique insipide. En 1815, M. Chevreul démontra que le sucre diabétique sapide est identique au sucre de raisin. Quant aux découvertes encore plus récentes, et qui, de nos jours même, ont fourni de si vives lumières pour la théorie du diabète, pour son diagnostic et pour son traitement, c'est dans le courant de cet article que je dois les exposer au lecteur; et, en les exposant, je ne manquerai pas de mettre en un juste relief le nom de ceux de nos contemporains à qui revient le mérite d'y avoir le plus contribué.

1009. *Prodrome spécial* (41. A.) *de la maladie.* — A. Il est fort naturel de penser, *à priori*, que plus ou moins longtemps avant l'apparition de phénomènes décidément morbides, avant l'augmentation sensible et naturelle de la quantité quotidienne des urines, ce liquide doit déjà se trouver chimiquement altéré, doit déjà contenir du sucre. Il est fort naturel de se faire une semblable opinion, par analogie avec le cas, malheureusement trop commun, si ce n'est même inévitable et sans exception,— avec le cas où, après avoir par un traitement convenable apaisé les symptômes du diabète, rétabli toutes les apparences de la santé, ramené les urines à leur quantité normale, celles-ci n'en ont pas moins le vice d'être sucrées. Mais, de plus, à l'appui de l'induction analogique, nous pouvons maintenant citer une observation positive, qui change la présomption en certitude. En effet, M. Prout nous dit avoir rencontré un diabétique qui, par hasard, fit attention aux qualités de son urine, longtemps avant qu'il y eût augmentation de quantité : toutes

les fois qu'il en tombait quelques gouttes sur les vêtemens, il se formait là une sorte de cristallisation imparfaite, mais fort remarquable; le linge devenait gluant, comme empesé et roide: sur ces indices, on procéda à l'analyse chimique, qui démontra dans l'urine la présence du sucre.

B. Outre cela, il ne me paraît pas permis de méconnaître et de nier que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, l'invasion de la maladie, loin d'être brusque et instantanée, se fait lentement, graduellement, insensiblement. Notons principalement, à titre de phénomènes prodromiques, un certain sentiment de malaise général et d'affaiblissement, la sécheresse de la bouche et de la gorge, une salive épaisse et collante, un peu plus de soif qu'à l'ordinaire, et, bien des fois aussi, un surcroît d'appétit. Or, cette grande faim est bien faite pour entretenir le diabétique dans une fausse sécurité. On est naturellement porté à voir là une preuve de santé plutôt qu'un signe de maladie naissante.

1010. *Revue analytique des principaux symptômes du diabète.* — A. *Excès de fréquence de la miction :* symptôme constant, et en rapport, comme de juste, avec le plus ou moins d'abondance des urines; plus propre que cette abondance même à frapper l'attention, à dénoncer la maladie commençante, tant il est incommode et gênant, tant il traverse les occupations et les convenances durant la journée, tant il interrompt, trouble et empêche le sommeil durant la nuit!

B. *Abondance des urines :* peu remarquable au début de la maladie; puis devenant de plus en plus considérable. Généralement, dans le diabète parvenu à son état, la quantité d'urine sécrétée chaque jour est de 5 à 8 kilogrammes. M. Bouchardat l'a vue quelquefois atteindre le chiffre de 14, 15 et même 16 kilogrammes. On trouve dans les auteurs la mention de quelques cas où le chiffre quotidien des urines aurait été encore beaucoup plus élevé. Mais tous ces cas sont-ils bien authentiques? Faut-il, par exemple, ajouter une foi entière et sans réserve à qui ne nous parle de rien moins que de 200 livres d'urine par jour? Quoi qu'il en soit, il importe de remarquer que l'on voit la supersécrétion urinaire diminuer sensiblement dans deux cas bien opposés : 1° lorsque la maladie s'amende et tend à la guérison; 2° lorsque, au contraire, le jour de la mort approche. Au surplus, il paraît constant, d'après le témoignage de bons observateurs, qu'il y a des cas, mais ce sont là des cas très exceptionnels, où l'urine, sans être plus abondante qu'à l'état normal, contient une très forte proportion de sucre, au point même, dit-on, de ressembler à un sirop un peu clair. Mais, encore un coup, la règle générale, très générale, est que la supersécrétion se trouve liée à la dégénérescence sucrée du liquide urinaire. Et même, comme Arétée l'assurait déjà dans une de ses phrases aphoris-

tiques (1), comme la plupart des auteurs l'ont expressément professé jusqu'à ce jour, je suis fort porté à croire, malgré les objections et les doutes de quelques observateurs, que presque toujours, dans le fort du diabète, la quantité des urines est supérieure à celle des boissons.

C. *Apparences aqueuses de l'urine :* voilà la règle ; voilà ce qui coexiste avec un degré tant soit peu notable de supersécrétion ; voilà ce qui ne manque d'arriver que dans le cas très exceptionnel où la supersécrétion fait défaut, et où, par le progrès du vice diabétique, les urines prennent plutôt un aspect sirupeux. (B.). Ordinairement, donc, l'urine est incolore, ou ressemble à du petit-lait clarifié ; elle est inodore ou à peu près ; elle n'a que peu ou point l'odeur urineuse au moment de la miction, peu ou point l'odeur ammoniacale plusieurs heures après.

D. *Élévation de la pesanteur spécifique de l'urine :* caractère constant, et on ne peut plus facile à reconnaître et à apprécier sur-le-champ avec une précision mathématique à l'aide du densimètre, qu'il ne s'agit que de plonger dans une éprouvette qui contienne une certaine quantité de l'urine suspecte. C'est le docteur Henry, de Manchester, qui, le premier, a reconnu et étudié avec soin ce caractère. (*Annals of philosophy*, vol. I ; — et *Transactions of the medico-chirurgical Soc. of London*, vol. II.) Or, ce caractère a une telle valeur qu'il pourrait, dans beaucoup de cas, si on le recherchait, dénoncer et dévoiler tout de suite la maladie. M. Bouchardat n'hésite pas à dire que, en thèse générale, toute urine d'une couleur pâle, et d'une densité supérieure à 1040, est une urine diabétique. (*Monogr. du diabèt.*, p. 171.) Au surplus, cet habile chimiste, dans le cours de ses nombreuses expériences, a vu la pesanteur spécifique de l'urine diabétique varier entre 1020 et 1074 à la température de 12° centigr. (*loc. cit.*, pag. 170.) M. Contour (thèse citée, pag. 28), nous dit que, d'après un tableau synoptique de la pesanteur spécifique d'urines de diabétiques observés et traités dans le service de M. Martin-Solon, il trouve 1027 pour minimum, et 1049 pour maximum : ce qui rentre parfaitement dans le résultat énoncé par M. Bouchardat. M. Contour ajoute : « On dit généralement que la pesanteur spécifique de l'urine des diabé-» tiques est en rapport direct avec la quantité de sucre que cette urine » contient ; cependant, dans le tableau synoptique dont je viens de » parler, et où ces quantités de sucre sont consignées avec soin en re-» gard du poids spécifique, je vois que l'urine du matin *pèse plus* que » l'urine de la journée, bien qu'elle contienne *moins* de sucre. »

(1) *Πολυποσίη ἀνισόμετρος οὔροισι πολλοῖσι· πλεῖον γὰρ ἐκρεῖ τὸ οὖρον.* — C'est-à-dire : « Consommation abondante de boissons, mais non pas équivalente à l'a-» bondance des urines ; car les urines fluent en plus grande quantité. »

Mais, pour mon compte, je ne trouve pas qu'il y ait la moindre difficulté à expliquer ce désaccord apparent entre la proportion de sucre et la pesanteur spécifique de l'urine. C'est que, très évidemment, l'urine du matin,— cette urine de la digestion, comme disent les physiologistes, — contenait, suivant les lois mêmes de l'ordre normal, une forte proportion d'urée, d'acide urique et autres matières, qui compensait, et au-delà, la diminution du sucre.

E. *Nature sucrée des urines :* et c'est là le symptôme pathognomonique (1005). Pour constater un semblable fait, nous pouvons procéder de trois manières que voici : 1° par dégustation; 2° par analyse chimique; 3° par examen optique.

α. Par *dégustation.* Le plus ordinairement, en effet, les urines diabétiques ont une saveur très sucrée qui en décèle la nature. Quel moyen plus simple, plus facile, plus commode, d'interroger une urine suspecte, si une répugnance bien naturelle n'empêchait, en général, d'avoir recours à ce mode d'exploration! Mais ce n'est même pas chose toujours facile que de décider les personnes soupçonnées de diabète à goûter elles-mêmes leur propre urine. Toujours est-il que voilà un phénomène décisif et caractéristique à la portée de l'observation la moins habile et la plus vulgaire, sans compter, en outre, que les urines diabétiques peuvent se trahir par d'autres phénomènes qui en sont des effets tout naturels, et qui n'exigent pour se produire l'intervention d'aucun procédé de physique ou de chimie, mais ne demandent non plus qu'une attention immédiate et grossière de nos sens : elles peuvent, effectivement, se trahir, 1° en laissant sur les vêtemens qu'elles ont souillés, et où elles se dessèchent, des taches poisseuses et blanches, dues à la cristallisation incomplète du sucre; 2° en présentant, après quelques jours d'abandon et de repos à une température modérée, le développement d'une odeur aigre et vineuse, au lieu de l'odeur ammoniacale qui serait celle d'une urine ordinaire. Mais, pour en revenir à la saveur des urines diabétiques, il importe bien de remarquer que ce n'est pas toujours une saveur franchement sucrée. Quelquefois, c'est une saveur douceâtre, fade ou salée, puisque, après tout, le sucre de certains diabètes est un sucre insipide. Il est même des cas dans lesquels on voit, chez un diabétique, les urines prendre une saveur sucrée, de fades qu'elles étaient auparavant, puis la perdre et la reprendre tour à tour.

β. Par *analyse chimique.* Ainsi pourrons-nous constater sûrement et toujours l'existence du diabète, en cas de sucre insipide, comme en cas de sucre sapide. Ainsi pourrons-nous constater non seulement la présence, mais la quantité du sucre en dissolution dans les urines. Voici donc succinctement les principaux procédés d'analyse. —1° Un procédé excellent, c'est d'obtenir par le moyen d'une évaporation convenablement ménagée

des urines diabétiques, la cristallisation du sucre qui s'y trouvait contenu. M. Bouchardat assure avoir constamment réussi à cristalliser la totalité du sucre en opérant de la manière suivante : « Les urines, » dit-il, *loc. cit.*, pag. 172-6, « étaient placées dans des capsules de porce-
» laine posées sur un bain de sable chauffé par la vapeur d'eau. La
» température du liquide contenu dans les capsules n'était jamais su-
» périeure à 60 degrés (1). Il fallait trois ou quatre jours d'une chaleur
» suivie pour achever l'évaporation de 10 litres d'urine ; mais au moins
» les produits n'étaient point altérés, ce qu'on ne peut obtenir avec cer-
» titude par aucune méthode, si on en excepte l'emploi du vide et celui
» de la congélation indiquée par M. Marabelli. Depuis plusieurs années,
» j'ai fait disposer à l'Hôtel-Dieu un appareil qui fonctionne presque
» continuellement. » — « Le liquide étant évaporé à 30 degrés environ
» de l'aréomètre, on le soumet dans un endroit sec à l'évaporation spon-
» tanée et à la cristallisation. Il faut souvent moins de trois jours pour
» que le tout se prenne en masse ; mais il faut ordinairement plus de
» cinq ou six jours ; et quelquefois, quand les urines contiennent peu
» de sucre comparativement aux autres principes, la cristallisation se
» fait attendre un mois. » — « Nous ajouterons que le sucre incristalli-
» sable, signalé dans les urines diabétiques par plusieurs observateurs,
» n'existe réellement pas naturellement : nous ne l'avons pas rencontré
» une seule fois, et cependant nous avons analysé un grand nombre
» d'urines diabétiques. Si on a obtenu du sucre incristallisable, c'est,
» ou qu'on a modifié par l'évaporation non ménagée le sucre cristallisa-
» ble, ou qu'on n'a pas attendu assez le terme de la cristallisation, qui,
» dans quelques unes de mes expériences, s'est fait attendre plus d'un
» mois. » Il importe d'ajouter que la masse cristalline obtenue de la façon ci-dessus décrite est loin d'être du sucre parfaitement pur. Généralement, elle est d'un jaune très clair ; et si quelquefois elle a une assez belle couleur blanche, elle retient cependant toutes les matières solides de l'urine, lesquelles, il faut le dire, ne sont là qu'une quantité insignifiante relativement à la quantité de sucre. Si l'on veut obtenir le sucre urinaire parfaitement pur, tel qu'il le faut, non pas assurément pour l'appréciation médicale des degrés et des variations d'intensité du diabète, mais pour la précision mathématique de l'analyse élémentaire, on doit alors redissoudre la masse cristalline dans une suffisante quantité d'eau, filtrer la dissolution sur le charbon animal, recourir de nouveau à l'évaporation de la même façon que la première fois, puis abandonner la liqueur sirupeuse dans une étuve chauffée à 25°. Ce n'est

(1) Th. centigr. — Si la température est de beaucoup supérieure, et surtout si elle est poussée jusqu'à l'ébullition, l'urée et les matières extractives réagissent sur le sucre, et le convertissent en une mélasse noire et incristallisable.

pas tout encore : les cristaux de cette seconde cristallisation doivent être lavés successivement avec de l'éther sulfurique alcoolisé, puis avec de l'alcool jusqu'à ce qu'ils deviennent parfaitement blancs; on doit ensuite les dissoudre à l'aide de la chaleur dans l'alcool rectifié, filtrer la liqueur, recueillir les nouveaux cristaux qui se forment, et les purifier par une succession réitérée de dissolutions, d'évaporations et de cristallisations. — 2° Un très bon et très facile moyen de constater qu'une urine donnée contient du sucre, c'est d'exciter la fermentation alcoolique : ce qu'on voit promptement arriver en y ajoutant un peu de levûre, plus promptement, et surtout beaucoup plus sûrement que si on attendait, les bras croisés, le développement parfois spontané de ce phénomène. A l'effervescence qui survient dans l'urine, à l'odeur aigre de l'acide carbonique, et, même encore, à l'odeur toute particulière de l'alcool, il est impossible de prendre le change, et de méconnaître la nature de la fermentation. Mais la fermentation alcoolique peut-elle servir de base à une estimation exacte de la quantité de sucre que contient l'urine? On l'a dit. On a théoriquement professé qu'en recueillant soit l'acide carbonique, soit l'alcool, qui se forment pendant toute la durée de la fermentation, il était permis de déduire par le calcul, en toute certitude, la quantité du sucre d'après la quantité même de l'un ou l'autre de ces deux corps. Et cette théorie, fort spécieuse sans doute, ne laisse pas que d'avoir été mise en exploitation pour la pratique par des chimistes distingués, surtout en Angleterre. M. Bouchardat, toutefois, lui adresse une objection formidable : « Dans bien » des cas, » dit-il, *loc. cit.*, p. 175, « une grande partie du sucre échappe » à la transformation* pour se convertir en acide lactique, d'où une » source d'erreurs qu'on ne peut prévoir ni éviter. » Donc la fermentation alcoolique doit être récusée comme moyen d'analyse quantitative, et nous en bornerons l'office à l'analyse qualitative des urines diabétiques. 3° Enfin, il y a le procédé de M. Frommer (Voyez *Annalen der Chem. und Pharm.*, t. VII, p. 368). Ce procédé, M. Contour (thèse citée, p. 33) le recommande, d'après sa propre expérience et d'après celle de son maître, M. Martin-Solon, comme étant propre à découvrir très facilement et en très peu de temps si l'urine contient du sucre. Je vais donc répéter, à ce sujet, les paroles de M. Contour : « ... Dans un petit tube de verre contenant une certaine quantité d'urine » de diabétique, on ajoute d'abord une très faible portion de potasse » caustique solide, puis un fragment de deuto-sulfate de cuivre ; on » chauffe très légèrement ce mélange à la lampe à l'esprit de vin, et » aussitôt, si l'urine contient du sucre de diabétique, on observe une » réduction de protoxyde de cuivre, qui se montre sous la forme d'un » précipité d'une couleur jaune-rougeâtre très manifeste. Si, au con- » traire, l'urine ne contient pas de sucre, au lieu d'une réduction d'un

» jaune rougeâtre, on obtient un précipité noir. La réduction du pro-
» toxyde de cuivre a également lieu à froid, mais elle se fait attendre
» quelque temps ; c'est pour cela qu'il est préférable d'élever un peu la
» température du mélange. Que se passe-t-il dans cette opération chi-
» mique, et pourquoi la présence du sucre de canne ne donne-t-elle
» pas les mêmes résultats? Je laisserai à d'autres, plus compétens que
» moi en pareille matière, le soin d'expliquer ce phénomène. Je me
» contenterai d'ajouter que le procédé de M. Frommer, d'un emploi
» si simple et si facile, permet de reconnaître dans l'urine des quan-
» tités de sucre infiniment faibles, à l'exacte évaluation desquelles il
» ne saurait cependant pas conduire, comme le fait l'ingénieux moyen
» dont la science est redevable à M. Biot. » En définitive, l'analyse chimique, grâces surtout au procédé qui figure ici en premier et pour cause, procédé par évaporation et cristallisation, l'analyse chimique a depuis longtemps démontré que la quantité de sucre contenu dans les urines diabétiques est très variable d'individu à individu, et dans le même individu, suivant une foule de circonstances. M. Bouchardat, par exemple, a observé des urines où le sucre ne formait que le trentième du poids total ; et il en a vu d'autres qui n'en contenaient pas moins d'un septième (*loc. cit.*, p. 173). Inutile de dire que le chiffre proportionnel du sucre marque et constitue, toutes choses égales d'ailleurs, le plus ou moins d'intensité de la maladie ; qu'il s'élève à mesure que celle-ci s'exaspère dans tout l'ensemble de ses symptômes ; qu'il s'abaisse quand elle s'amende. Cependant, chose bien digne d'attention, quelque temps avant le dénouement mortel, on voit aussi le sucre diminuer considérablement dans les urines du malheureux diabétique. Encore une remarque, une dernière remarque qui est de la plus haute importance pour la thérapeutique : c'est que, suivant l'observation de M. Bouchardat, observation confirmée par M. Martin-Solon (voyez la thèse de M. Contour, p. 31), la proportion du sucre dans les urines croît ou décroît, d'un jour à l'autre, en raison de la quantité plus ou moins grande d'alimens féculens ou sucrés que prennent les malades.

γ. Par *examen optique*, ou, mieux encore, et pour parler plus précisément, *examen polarimétrique*. Et, d'abord, ai-je besoin de rappeler que l'étude de la physique doit avoir fait connaître à nos lecteurs (9) les principes scientifiques sur lesquels se fonde ce nouveau et précieux moyen d'observation médicale ? Je n'ai donc pas à expliquer ce que c'est que la polarisation de la lumière, ce fécond et important phénomène, dont la découverte a immortalisé Malus, et dont un autre physicien français, M. Biot, habile continuateur de Malus, a tant exploré les détails, tant approfondi les lois, tant agrandi l'histoire. Je n'ai pas à expliquer ce que c'est que la double réfraction ; ce que c'est que l'image ordinaire et que l'image extraordinaire d'un rayon de lumière qui tra-

verse un prisme biréfringent, tel qu'un prisme de spath d'Islande ; ce que c'est que le plan de polarisation, dans lequel l'image extraordinaire est nulle ou à peu près éteinte ; ce que c'est, enfin, que la déviation ou rotation du plan de polarisation, quand le rayon polarisé traverse certains liquides transparens avant de parvenir au prisme biréfringent (déviation qui s'opère tantôt à droite, tantôt à gauche du plan de polarisation primitif, suivant la nature des liquides, et qui est indifféremment désignée sous les noms de polarisation par rotation, polarisation rotatoire, polarisation circulaire). Je crois pourtant à propos de décrire, mais en gros et le plus sommairement possible, l'appareil de M. Biot, le *polarimètre*, — instrument propre à mesurer le degré de la déviation dont il s'agit, c'est-à-dire l'angle que le nouveau plan de polarisation fait avec le plan de polarisation primitif, — instrument devenu désormais un des plus utiles auxiliaires de notre art. Voici donc les pièces essentielles de cet appareil : 1° un miroir réflecteur, destiné ici à recevoir et à réfléchir, non pas la lumière directe du soleil, trop éclatante pour le genre d'expériences en question, mais bien la lumière des nuées, qui est infiniment préférable, par sa blancheur, à la lumière d'une bougie ou à toute autre lumière artificielle ; 2° un tuyau en cuivre, long d'environ trente centimètres, monté sur un pied métallique à l'un des bouts d'une table en bois noirci, de telle sorte que l'axe de ce tuyau fasse avec le plan du miroir réflecteur un angle de 35° 30′, et qu'ainsi les rayons de lumière complétement polarisée par la réflexion soient isolés, puis conduits pour ainsi dire sur les objets soumis à l'observation ; 3° un prisme biréfringent, convenablement construit et préparé, placé à certaine distance en arrière, et dans l'axe même du tuyau vecteur, au centre d'un cercle gradué, où il peut pivoter enchâssé à l'extrémité d'une alidade, le tout très bien et très fortement assujetti à la table de l'appareil par le moyen d'un arbre métallique, de telle manière qu'en faisant tourner le prisme sur lui-même, il soit facile d'observer la succession des images ordinaires et extraordinaires de la lumière polarisée ; 4° enfin, deux supports, plantés dans l'espace qui reste entre le tuyau vecteur et le prisme biréfringent, terminés en forme de fourchette à leur extrémité libre ou supérieure, et destinés à soutenir dans la position voulue, sur le trajet même de la lumière polarisée, le tube rempli du liquide qui doit être soumis à l'examen polarimétrique. La table qui porte et qui relie en un merveilleux instrument de dioptrique les diverses pièces susdites, doit être elle-même solidement assise, et, pour ainsi dire, clouée dans sa place. Notons aussi qu'avant de fixer le prisme à l'alidade par la vis de pression qui est destinée à cet office, il faut d'abord faire correspondre l'extrémité libre ou index de l'alidade au zéro, qui, pour la plus grande commodité des observations, occupe le point le plus haut du cercle gradué, puis tourner le prisme jusqu'à ce que l'image extraordinaire soit en tiè-

rement éteinte, ou du moins à son minimum d'intensité. Enfin, comme la clarté du jour empêcherait l'observateur d'apprécier parfaitement les nuances délicates des phénomènes polarimétriques, c'est dans un cabinet obscur qu'on devra dresser l'appareil de M. Biot, moins le miroir réflecteur et l'ouverture antérieure du tuyau vecteur ; et, afin que l'observateur puisse, sans trop de fatigue, lire à chaque instant les divisions du cercle et constater les degrés de l'angle parcouru par l'alidade, le cabinet obscur aura une porte par où on obtienne à volonté assez de jour, et que l'observateur ait la facilité d'ouvrir et de fermer sans faire un pas. Maintenant, donc, disons comment on se sert du polarimètre pour rechercher si une urine contient ou non du sucre. Rien de plus simple, rien de plus aisé qu'une semblable recherche. L'index de l'alidade est à 0° ; et, je le répète, si nous regardons alors à travers le prisme biréfringent, l'image ordinaire du rayon polarisé se montre seule, ou, du moins, l'image extraordinaire est si faible, qu'on la dit *éteinte*. Eh bien, dans cet état de choses, prenons l'urine suspecte, filtrons-la préalablement sur le charbon pour la décolorer ; puis remplissons-en un tube de cuivre étamé intérieurement, et dont les extrémités sont fermées par des glaces polies et parallèles ; puis, enfin, plaçons ce tube sur les fourchettes, où il devra être traversé par le rayon polarisé. Si l'urine a sa composition normale, rien n'est encore changé dans les phénomènes optiques, l'image extraordinaire est toujours éteinte comme auparavant ; elle est nulle ou à peine sensible. Si, au contraire, l'urine contient du sucre, l'image extraordinaire reparaît plus ou moins éclatante à certaine distance de l'image ordinaire : car toutes les dissolutions de sucre (excepté le sucre de raisin qui n'a pas été cristallisé) ont la propriété de dévier à droite le plan de polarisation, ou, comme on dit, d'une façon plus abrégée, polarisent à droite. C'est en tournant lentement à droite l'alidade, et, par conséquent aussi, le prisme qui lui est lié, que nous retrouverons l'extinction de l'image extraordinaire. En laissant alors pénétrer un peu de jour dans le cabinet, nous pourrons lire sur le cercle gradué le chiffre qui répond à l'index de l'alidade. Ce chiffre exprime le nombre de degrés que l'alidade a parcourus depuis le zéro ; en d'autres termes, il mesure l'angle de déviation du plan de poralisation. Or, la grandeur de cet angle est en raison directe et composée des deux élémens que voici : 1° la longueur du tube qui contient le liquide donné ; 2° la quantité de sucre qui existe en dissolution dans le liquide. D'après tout cela, il est donc évident que, par le moyen du polarimètre, nous pourrons, non seulement reconnaître avec une extrême facilité et en très peu de temps la présence du sucre dans l'urine, mais encore suivre jour par jour, à l'aide d'observations faites avec le même tube ou avec des tubes égaux en longueur, les progrès ou les amendemens du mal, et apprécier pour ainsi dire immédiatement, chez notre malade, l'influence bonne ou

mauvaise, efficace ou nulle, de tel régime, de telle médicamentation. Et ce n'est pas tout encore. L'examen polarimétrique peut même, à l'instar de l'analyse chimique, servir à constater la quantité absolue du sucre contenu dans l'urine. Par suite de nombreuses expériences, M. Biot est parvenu à poser une formule qui, d'après la mesure de l'angle de déviation, nous met à même d'évaluer en un moment, par un calcul logarithmique, la quantité absolue de sucre d'une urine diabétique, avec une précision qui touche de très près à celle de l'analyse chimique la plus rigoureuse. Mais je ne crois guère à propos d'insister ici sur cette formule, dont nous autres praticiens, tous tant que nous sommes, malheureusement peu rompus à tout ce qui sent l'algèbre, ne faisons pas encore, que je sache, ni ne ferons peut-être jamais un grand usage.

F. *Soif* : déjà remarquable, pour un individu attentif à sa santé, dans ce qui peut être appelé le prodrome de la maladie (1009) ; déjà préludant à ses futurs excès, à ses futures avidités, dans cette sécheresse habituelle de la bouche et de la gorge, qui est une des circonstances immanquables du prodrome (1009. B.), si prodrome y a ; devenant de plus en plus vive et impérieuse par les progrès du diabète ; quelquefois, enfin, inextinguible, insatiable, irrésistible, à telles enseignes que les malades sont en vain avertis de ne pas trop boire sous peine d'augmenter l'intensité de leur diabète et leur soif elle-même, ils ne peuvent s'empêcher de se gorger de boissons, et surtout de boissons froides. Bien entendu que la soif diminue, quand la maladie vient à s'amender et tend à la guérison ; mais elle diminue aussi aux approches de la terminaison fatale, par la raison même qu'on voit alors diminuer le vice chimique et la supersécrétion des urines (B. — et E. 𝔈.). D'après les observations de M. Contour (thèse citée, p. 51), il résulte que, dans les hauts degrés du diabète, les malades ont le plus ordinairement besoin de cinq à sept litres de liquide pour satisfaire leur soif. Ce qu'il y a de très certain, ce qu'on s'accorde généralement à reconnaître, ce que, pour mon compte, je puis affirmer avoir toujours vu, c'est que, chez un malade soumis exclusivement, ou peu s'en faut, à l'usage des alimens de nature animale et azotée, la soif décroît considérablement et peut même redevenir naturelle. Voici la proposition que M. Bouchardat énonce comme une loi générale, et à laquelle il a été conduit par ses nombreuses expériences : « La soif des diabétiques, » dit-il, *Monogr. du diab.*, p. 193-4, « est en raison directe de la quantité de pain ou de substances » sucrées ou féculentes qu'ils mangent. Pour une quantité de pain re- » présentant 500 grammes de fécule, ils boivent environ 3500 grammes » d'eau ; c'est à peu près la quantité d'eau nécessaire pour que la » transformation de la fécule en sucre, sous l'influence de la diastase, » soit complète. » — « Un des malades, qui a fait le sujet d'une

» de mes dernières observations, » dit plus loin le même auteur (pag. 217-8), « était émerveillé de voir sa soif ardente complétement » anéantie depuis qu'il ne prenait plus d'alimens sucrés ou féculens, et » qu'il mangeait, au contraire, du bœuf rôti et du jambon salé, la » théorie populaire sur les substances qui sont regardées comme don- » nant la soif, se trouvant en défaut d'une manière trop manifeste; et, » pour faire pénétrer dans son esprit une entière conviction, il a fallu » qu'il prît un jour une quantité, égale à celle dont il usait autrefois, » d'alimens sucrés ou féculens, pour voir reparaître, quelques heures » après, la soif ardente et le besoin continuel d'uriner qui, pendant trois » ans, avaient fait le désespoir de sa vie. »

G. *Surcroît de faim :* phénomène qui ne manque guère de se produire, une fois la maladie bien déclarée, si tant est même qu'il ne se soit pas développé plus tôt et à titre de phénomène prodromique (1009. B.); voracité de plus en plus croissante, et portée par le progrès de la maladie jusqu'à une véritable boulimie, en sorte qu'on se demande avec un profond étonnement, et qu'on ne conçoit qu'à grand'-peine comment les malheureux diabétiques peuvent digérer de si énormes quantités d'alimens. Suivant la remarque de M. Bouchardat (*loc. cit.*, p. 216), remarque, je dois le dire, parfaitement conforme à ce que j'ai eu moi-même occasion d'observer dans ma pratique, c'est surtout pour le sucre, pour le pain et les autres alimens féculens que les diabétiques auraient un goût prononcé. Quoi qu'il en soit, lorsqu'enfin les digestions se troublent, que l'épuisement de l'économie tourne au marasme, que la tuberculisation pulmonaire vient, selon la règle ordinaire, se greffer sur le diabète, alors la voracité des infortunés diabétiques s'évanouit peu à peu pour faire place à un appétit naturel, ou même à l'inappétence.

H. *Insomnie :* voilà bien encore un des premiers et des plus constans inconvéniens du diabète; car c'est un effet lié inévitablement à la nécessité d'une miction fréquente. A peine le diabétique s'est-il mis au lit, à peine commence-t-il à s'assoupir, qu'il éprouve de pressantes micturitions, qui répondent au besoin trop réel de vider la vessie; force lui est d'y obéir; puis, à peine recouché, à peine rendormi, il est de nouveau réveillé pour recommencer vingt fois le même manége. Ce n'est, d'ordinaire, que vers le matin qu'il peut goûter quelques heures de sommeil, sans doute parce qu'alors, à si grande distance du dernier repas, si longtemps après les boissons prises dans la soirée, la supersécrétion urinaire est à son minimum d'intensité.

I. *Sécheresse de la peau* (45. D. γ.) : symptôme, non pas certes commun à tous, ni même à presque tous les cas, mais fort ordinaire; souvent porté à un point excessif. Généralement, en effet, le diabète

diminue la transpiration, et va presque jusqu'à la supprimer tout-à-fait : ce qui est, au surplus, conforme à la grande loi de l'équilibre physiologique et de la mutuelle solidarité des fonctions excrémentitielles.

J. *Amaigrissement :* bientôt sensible, malgré l'excès d'appétit et l'augmentation de nourriture, malgré la facilité et l'apparente régularité des digestions; très aisé à comprendre, vu l'énormité des déperditions urinaires (B) ; empirant de jour en jour jusqu'au marasme le plus hideux.

K. *Affaiblissement musculaire :* se faisant remarquer dès le début du mal, et puis empirant d'une façon pour ainsi dire parallèle à l'amaigrissement. Le diabétique se sent paresseux; il est courbatu après les marches et les travaux qu'il avait l'habitude de faire journellement; puis, à la longue, il devient même incapable de se tenir longtemps debout, et se trouve obligé de demeurer assis ou couché la plus grande partie de la journée, voire même de s'aliter pour ne plus se lever du tout, ou que fort peu d'instans à peine.

L. *Dyspepsie :* ordinairement nulle ou à peine sensible dans les commencemens, et même fort longtemps, malgré l'énorme quantité d'alimens qu'engloutit alors le diabétique (G.) ; mais enfin se déclarant et sévissant avec plus ou moins d'intensité dans le progrès de la maladie, à tel point que quelquefois les malades comparent la présence des alimens dans l'estomac à celle d'un poison brûlant et corrosif, et que quelquefois aussi, — disons même encore plus souvent, — ils rejettent par le vomissement tout ce qu'ils viennent d'avaler.

M. *Fièvre* (46. F. η.) : ne se développant non plus, en règle ordinaire, que sur la fin ; n'apparaissant d'abord que de temps à autre, irrégulièrement, ou bien avec des intermittences presque régulières; puis devenant continue, et méritant dès lors le titre scolastique de fièvre hectique dans toute la force du terme.

Après cela, je me dispense de décrire et de considérer expressément certains symptômes accessoires dont l'apparition est assez constante, mais qui sont, en vérité, peu importans, ou, du moins, d'une importance secondaire. Je n'insiste donc pas sur l'acidité de la salive. Je n'insiste pas sur l'inertie des fonctions génitales (défaut d'érections et de sécrétion spermatique, chez l'homme ; — aménorrhée, et, sans doute aussi, stérilité, chez la femme) : — mais, à vrai dire, y a-t-il là quelque chose de particulier au diabète, y a-t-il autre chose que ce qu'on observe dans toutes les phthisies, dans toutes les maladies de consomption, dans toutes les fièvres hectiques? Je n'insiste pas non plus sur la constipation de la période initiale, sur la diarrhée colliquative de la période ultime, sur les douleurs des voies urinaires, sur l'œdème des membres inférieurs, etc., etc.

1011. *Durée.* — Le diabète a presque toujours une durée fort lon-

gue; et c'est pourquoi, depuis Arétée, et à l'exemple de ce médecin grec, on l'a classé dans les maladies chroniques. Ordinairement, il lui faut plusieurs années pour conduire l'homme au tombeau. Une des conclusions du mémoire publié par Dupuytren et M. Thénard est la suivante, qui me semble tout-à-fait inattaquable : « Le diabète sucré, » disent-ils, « dure aussi longtemps que les forces digestives se soutien- » nent, et qu'elles peuvent fournir aux pertes excessives qui ont lieu » par les urines. » Peut-il donc durer indéfiniment, et, comme on dit, durer toute la vie, — bien entendu, sans en avancer le terme? C'est ce que semblerait prouver un fait rapporté par M. Contour (thèse citée, p. 19), d'après le témoignage de M. le docteur Bassereau : « Ce médecin dis- » tingué m'a affirmé, » dit M. Contour, « connaître un confrère affecté, » depuis trente ans, d'un diabète sucré (1), et dont la santé se trouvait » cependant assez peu dérangée pour lui permettre de vaquer facilement » aux soins habituels de sa clientèle. » Mais, après tout, de tels faits ne peuvent être que très rares, que très exceptionnels. Il en est de même des cas dans lesquels le diabète s'est montré à certains observateurs comme une maladie aiguë, et même suraiguë, dans lesquels il a, dit-on, donné la mort en quelques semaines, en quelques jours : encore est-il permis de faire, à cet égard, ses réserves, et de ne pas ajouter une entière croyance à la réalité et à l'exactitude de semblables observations; je suis fort porté à croire qu'en pareille circonstance le diabète était resté longtemps méconnu, ou que le diabétique a succombé, non pas au diabète même, mais à une complication accidentelle.

1012. *Rémissions* (51. A.). — Il n'est pas du tout ordinaire que le diabète fasse des progrès d'une manière ininterrompue; qu'il ait une marche continue de mal en pis sans jamais rétrograder; qu'il conduise, en un mot, sa victime au tombeau par une augmentation sans cesse croissante de l'altération urinaire, de la supersécrétion et de tout l'ensemble symptomatique. Chez la plupart des sujets, effectivement, il présente, dans son cours, des rémissions plus ou moins prononcées, plus ou moins longues, plus ou moins répétées. Quelquefois même, à proprement parler, ce n'est pas seulement une rémission, mais une véritable cessation de l'état de maladie : la soif et la faim redeviennent naturelles, les urines cessent d'être trop abondantes, les forces se rétablissent, les facultés viriles reparaissent : on pourrait croire alors à une guérison radicale, en négligeant d'examiner la composition des urines, qui continuent de déceler à l'analyse chimique ou à l'inspection polarimétrique

(1) « L'urine, souvent examinée, a toujours donné du sucre. » Remarque essentielle par laquelle M. Contour a eu soin de débuter, avant d'énoncer l'étonnante durée du diabète dans le cas en question.

une certaine proportion de sucre. Mais, à la suite d'un mauvais régime, ou même sans cause appréciable, survient tôt ou tard une recrudescence : telle est du moins la règle, que quelques pathologistes n'hésitent pas à déclarer universelle et absolue, et à laquelle il y a pourtant, j'en suis du moins convaincu, quelques exceptions. Quoi qu'il en soit, les rémissions du diabète ont surtout lieu sous l'influence de l'alimentation azotée et des divers moyens corroborans, point sur lequel nous reviendrons ci-après. Il paraîtrait aussi, d'après le témoignage de bons observateurs, et notamment d'après ce que Dupuytren et M. Thénard ont vu chez leur malade, il paraîtrait que le développement accidentel, que la présence intercurrente d'une maladie aiguë et fébrile est de nature à atténuer, et à faire, jusqu'à un certain point, disparaître les symptômes propres du diabète ; qu'en semblable circonstance, par exemple, les urines diminuent de quantité, que la soif elle-même devient moindre, etc.

1013. *Terminaisons.* — A. Non pas toujours, comme le prétend une opinion trop sombre et trop fataliste, — mais le plus souvent (je l'accorderais) le diabète amène la mort tôt ou tard. En général, le diabétique ne meurt qu'après avoir été épuisé par la fièvre hectique, qu'après être tombé dans le plus affreux marasme, et presque toujours, en un mot, après avoir été atteint de tuberculisation pulmonaire, et, pour ainsi dire, achevé par ce surcroît de mal. Quelquefois, au contraire, la mort survient d'une manière brusque, inattendue et tout-à-fait prématurée, par suite d'une de ces indigestions violentes que M. Prout a particulièrement signalées comme un accident si funeste aux diabétiques.

B. Qu'il y ait des rémissions très considérables dans le cours du diabète, que ces rémissions puissent aller jusqu'à la complète disparition de tout malaise, jusqu'à un entier retour de toutes les apparences ordinaires de la santé, encore bien que les urines ne cessent pas de révéler à l'examen chimique et optique une petite proportion de sucre : voilà qui est clair comme le jour; voilà un fait acquis à la science, un fait incontestable et que tout le monde proclame. Mais ce que bien des pathologistes contestent et nient, c'est la possibilité d'une guérison vraiment solide et radicale, à jamais exempte de récidives, c'est le rétablissement parfait de la composition normale des urines, c'est l'anéantissement irrévocable des moindres traces de sucre. Eh bien, cependant, je ne puis pas, quant à moi, ne pas croire à la réalité d'un si heureux événement, après avoir obtenu la guérison dont j'ai rapporté l'observation dans la bibliographie du présent article, la guérison de cette vieille femme diabétique, qui, non seulement recouvra un état apparent de bonne santé, mais dans les urines de laquelle M. Bouchardat, les examinant à trois fois différentes, ne retrouva plus un atome de sucre. En vérité, je ne saurais me permettre, ni permettre à personne, d'élever des doutes sur l'habileté et la compétence de

M. Bouchardat dans ce genre de recherches. Au surplus, je ne suis pas le seul, tant s'en faut, qui ait eu la chance de recueillir une telle observation. D'autres observateurs, très dignes de foi, attestent pareille chose. Mais, après tout, un fait positif, fût-il unique dans les fastes de l'art, a une valeur qui ne peut être écrasée et annihilée par la masse des faits négatifs, et qui suffirait à autoriser une doctrine moins désolante que celle de l'incurabilité absolue du vice diabétique. Il ne s'agit plus que d'apprécier, si faire se peut, par la statistique, le plus ou moins de rareté des guérisons radicales relativement à la fréquence du diabète, relativement à la proportion des guérisons temporaires. A parler franchement, n'est-ce pas une assertion hasardée et téméraire que de déclarer incurable et irrémissiblement établi à perpétuité le vice diabétique une fois apparu dans l'économie? Là où la nature et l'art réussissent à opérer fort souvent une telle rémission, une telle rétrogradation du mal, pourquoi nier que la force médicatrice (121. B.), après avoir réduit le mal à moitié, au tiers, au quart, voire même, on l'accorde, à si peu que rien, puisse jamais le réduire à zéro ? Savons-nous ce que deviennent tous les diabétiques, une fois soulagés par nos soins? Nous ne revoyons guère que ceux qui ont de nouveau besoin de nous, parce qu'ils éprouvent une récidive. Et, assurément, le nombre de ceux-ci serait bien moindre, si nos conseils étaient ou pouvaient être toujours suivis, si on n'avait pas hâte de se soustraire le plus tôt possible aux rigueurs du traitement, si, d'ordinaire, on ne retombait pas, soit imprudence irréfléchie, soit manque d'énergie morale, soit nécessité de profession et de fortune, sous l'empire des conditions hygiéniques qui favorisent la recrudescence du diabète. Qu'importe même, en définitive, que l'individu qui, de malade qu'il était dans toute la force du terme, se sent aujourd'hui bien portant, et qui peut vaquer librement à ses devoirs professionnels, à ses affaires, à ses plaisirs, qu'importe qu'il ait ou non dans ses urines une infiniment petite proportion de sucre, pour reconnaître là une guérison ? Qu'importe, surtout, si, nonobstant la persistance d'un certain degré d'altération du liquide urinaire, la santé se maintient véritablement en bon état pendant un temps indéfini,— pendant trente ans, par exemple, comme chez ce médecin dont nous parle M. Contour? Je m'arrête ; j'ai déjà grand'peur, dans un livre essentiellement dogmatique tel que le nôtre, d'avoir trop donné à l'argumentation : je laisse donc aux lecteurs sagaces et réfléchis à compléter cette argumentation d'après les aperçus que je viens de présenter ici, d'après l'esprit de notre pathologie générale (18-22, 37-41 et 56), et enfin d'après la définition même du diabète. Concluons donc, et disons que le diabète, ou, plus catégoriquement, si l'on veut, que la maladie du diabète peut aboutir, et aboutit même souvent à une guérison; que cette guérison, à ce qu'il paraît, est

presque toujours temporaire et suivie de récidives; mais que rien, après tout, n'interdit absolument de croire et d'espérer qu'elle puisse être quelquefois radicale et irrévocablement consolidée.

1014. *Anatomie pathologique de l'appareil urinaire chez les diabétiques.* — A. Les reins ont très souvent, mais non pas constamment, bien s'en faut, présenté des vices anatomiques plus ou moins notables, qui ne peuvent, après tout, être considérés, en raison même de leur défaut de constance et de leur variété, que comme autant de conséquences éventuelles du diabète, et non pas du tout comme les causes organiques de la supersécrétion et de l'altération des urines. De tous ces vices anatomiques, l'hypertrophie des reins paraît être, sans contredit, ce qui s'est rencontré ordinairement, comme, par exemple, dans l'observation célèbre, et déjà plusieurs fois citée, dont Dupuytren et M. Thénard ont enrichi les fastes de la science. Rien de plus facile, au surplus, que de concevoir et d'expliquer le développement de cette hypertrophie, comme un effet de l'activité sécrétoire à laquelle les reins étaient condamnés (691. A.). Mais, encore un coup, cette hypertrophie est si peu essentielle à la pathogénie du diabète, qu'il s'est trouvé des cas, au contraire, dans lesquels les deux reins étaient atrophiés. M. Ségalas a vu et nous atteste un cas de cette dernière sorte. Sur les deux autopsies dont M. Contour parle comme témoin oculaire (thèse citée, p. 65), une fois seulement il a vu les deux reins hypertrophiés (ayant chacun le poids de 192 grammes); la seconde fois, il n'a observé qu'une hypérémie des substances corticale et tubuleuse. Quelques observateurs ont rencontré des cas qui offraient des altérations décidément caractéristiques d'une néphrite (667. D.), — par exemple, des points purulens. Mais, d'autre part, il est aussi des cas où les reins avaient leur volume normal, et où, loin d'être rouges et hyperémiés, ils se trouvaient décolorés et pâles. De tout cela, que conclure? C'est que, pour le diabète, il ne faut, de la part des reins, il ne ne faut essentiellement et protopathiquement d'autre vice qu'un vice de sécrétion, et tout au plus, peut-être, une hyperémie concomitante, et qu'ensuite la surexcitation fonctionnelle de ces organes peut à la longue les hypertrophier, et même les enflammer.

B. On a observé dans quelques cas une dilatation des uretères et de la vessie. Celle-ci, dans d'autres cas, au contraire, s'est montrée fort rapetissée. Ces différences tiennent, sans aucun doute, à la plus ou moins grande fréquence de la miction, à la plus ou moins grande quantité d'urine que les malades laissaient accumuler dans leur vessie avant d'éprouver la micturition et d'y obéir. Ce qui est un fait anatomique assez constant dans le diabète, c'est l'épaisissement des parois vésicales par une véritable hypertrophie de la couche musculaire.

1015. *Complément de l'étude chimique des urines diabétiques*

(1010. E.). — A. Et d'abord, est-il vrai que les urines diabétiques ne contiennent point d'urée, comme on l'a longtemps professé d'après les résultats négatifs qu'avaient eus autrefois à cet égard les recherches de Nicolas et Gueudeville, et de quelques autres observateurs? C'était une erreur. Les urines diabétiques contiennent de l'urée : voilà désormais un fait acquis à la science, voilà un fait aujourd'hui attesté par une multitude de voix : M. Bouchardat, entre autres, par exemple, l'a parfaitement étudié (*Monogr. du diab.*, p. 826); M. Martin-Solon l'a nombre de fois constaté, à ce que nous assure son élève, M. Contour (thèse citée, p. 46); MM. Patey et Bayeux ont fourni à la thèse de M. Contour une note fort intéressante, qui établit que, chez un diabétique, soumis, il est vrai, au *régime azoté*, l'urine contenait, terme moyen, environ 5 grammes d'urée par litre. Au reste, rien de plus variable que la quantité proportionnelle d'urée chez les diabétiques. A cet égard, M. Bouchardat se croit fondé, d'après ses très nombreuses analyses, à formuler la proposition suivante (*loc. cit.*, p. 185) : « Chez les diabétiques, comme chez les » personnes en santé, la proportion d'urée contenue dans l'urine est » proportionnelle à la quantité d'alimens azotés qu'ils prennent. Si, » chez les diabétiques, la proportion relative d'urée est ordinairement » très faible, cela provient uniquement de ce que la proportion d'ali- » mens azotés est très faible, comparativement à la quantité d'urine » rendue. »

B. Les urines diabétiques sont presque toujours acides, et se montrent telles au papier de tournesol aussi sensiblement que les urines normales : ce n'est que par exception rare qu'elles se trouvent quelquefois être alcalines à l'instant même de leur émission. C'est particulièrement à l'acide lactique libre qu'elles doivent leur acidité, et non pas à l'acide urique, qui d'ordinaire n'y existe que dans des proportions très faibles, si faibles qu'il est très difficile d'en reconnaître et d'en démontrer la présence.

C. Ce n'est même que dans ces derniers temps que la présence de l'acide urique dans les urines diabétiques a été constatée. Autrefois on s'était trop hâté d'admettre l'absence de cet acide comme un des attributs essentiellement propres à ces urines-là. M. Bell, par exemple, déclare (article cité) avoir observé, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, un malade chez qui l'acide urique existait si abondamment qu'il formait, en se déposant par le refroidissement, des cristaux visibles à l'œil nu. M. Rayer, à cette occasion, assurait avoir déjà vu la chose plusieurs fois, et même avoir rencontré la gravelle urique chez un individu à la fois goutteux et diabétique. M. Bouchardat (*loc. cit.*, pag. 181) nous apprend également qu'il a vu des cristaux d'acide urique se déposer dans une urine diabétique que M. Jadioux

lui avait donnée à analyser, et qui était celle d'un goutteux.

D. Il n'est pas très rare que les urines diabétiques contiennent de l'albumine. Il importe d'être averti d'une semblable possibilité; car la présence de l'albumine nuit à l'exactitude de l'appréciation polarimétrique de la proportion de sucre. L'albumine a, effectivement, la propriété de dévier à gauche le plan de polarisation, et, par conséquent, elle neutralise, pour un certain nombre de degrés tout au moins, l'influence du sucre. Pour n'être donc pas induit en erreur, il faut préalablement coaguler l'albumine à l'aide de la chaleur. Je n'ai pas besoin, je crois, d'insister pour démontrer combien une albuminurie notable et constante, en complication avec le diabète, doit aggraver la position du malade.

1016. *Nature du sucre diabétique.* — Depuis le célèbre cas de diabète qu'observèrent et qu'étudièrent si bien Dupuytren et M. Thénard, la science distinguait deux espèces de sucre urinaire ou diabétique : 1° un sucre urinaire à saveur sucrée ; 2° un sucre urinaire peu ou point sapide.

M. Chevreul, en 1815, fut le premier qui, après une étude comparative des cristaux de sucre diabétique sapide et de ceux de sucre de raisin, proclama la complète similitude de ces deux sucres sous tous les rapports : résultat confirmé, depuis, par les observations de M. Prout, de M. Soubeiran, et de quelques autres savans. Ce qui un instant fit naître des doutes à cet égard, ce furent les phénomènes polarimétriques. En effet, le sucre de raisin, tant qu'il n'a pas été cristallisé, tant qu'on l'a laissé à l'état d'extrait liquide, fait dévier à gauche le plan de polarisation, tandis qu'au contraire, le sucre diabétique sapide, même dans son état primordial, même dans son état de dissolution naturelle au sein des urines, comme après sa cristallisation, polarise à droite, de la même façon, et précisément avec le même degré d'intensité que le sucre d'amidon ou de fécule. De là, on dut d'abord conclure que c'était avec le sucre d'amidon, et non pas avec le sucre de raisin, que le sucre de diabète se montrait identique. Mais M. Biot ne tarda pas de découvrir que le sucre de raisin, redissous après avoir été préalablement cristallisé, polarise à droite, comme le fait le sucre d'amidon, avec lequel il n'a plus aucune différence.

Quant au sucre urinaire insipide, il ne doit plus être admis comme une espèce véritablement à part. M. Bouchardat, qui en a fait dans ces derniers temps un objet de nombreuses et consciencieuses recherches, avait bien reconnu dès le principe qu'il n'y avait entre le sucre urinaire sapide et le sucre insipide pas d'autre différence que la différence même de saveur; qu'il était facile de transformer celui-ci en celui-là, en le faisant bouillir dans une eau acidulée. D'où ce chimiste avait eu tort d'abord

de conclure que c'étaient là deux corps isomères. Mais ensuite il a fini par s'assurer que le prétendu sucre insipide n'est autre chose qu'un mélange de sucre diabétique ordinaire ou sapide, de lactate d'urée, de lactate et de chlorure sodiques, et de matières extractives; et qu'après des lixiviations réitérées avec l'éther sulfurique alcoolisé et avec l'alcool, on obtient par la cristallisation le sucre sapide pur, débarrassé des matières étrangères qui en masquaient la saveur. (Bouchardat, *loc. cit.*, pag. 176-9.)

Donc, en définitive, les urines diabétiques ne fournissent qu'une seule et unique espèce de sucre. Et ce sucre est le même que le sucre de raisin.

Aussi, et il importe d'en faire la remarque, aussi est-ce une chose toute simple et fort commune que, chez le même diabétique, on voie successivement, et même à plusieurs reprises tour à tour, les urines acquérir et perdre la saveur sucrée, et fournir à une première évaporation, tantôt un sucre sapide, tantôt un sucre insipide. Des observations de M. Bouchardat, il résulterait que, dans les cas où le sucre est insipide, ou bien, en d'autres termes plus précis, masqué de matières étrangères, le diabète n'existe encore qu'à un degré léger, ou bien, qu'il rétrograde et s'amende. C'est, en effet, ce que j'ai eu particulièrement occasion de vérifier chez un de mes cliens, M. Boulet, dont les urines contenaient du sucre à l'état insipide: chez lui, les troubles morbides liés au diabète ne furent pas très intenses; il ne rendait guère plus de quatre litres d'urine dans les vingt-quatre heures; sa soif n'était pas excessive; et je réussis assez facilement, à deux fois différentes, surtout par le moyen de l'opium et de l'alimentation animale, à rétablir toutes les apparences de la santé, pour quinze ou dix-huit mois, pendant lesquels il ne jugeait même pas à propos de me voir et de me consulter, et se laissait aller imprudemment à son goût prononcé pour les alimens végétaux et les fruits acides.

1017. *État du sang chez les diabétiques.* — A. Dès la fin du XVIIIe siècle, Rollo avait annoncé que le sang des diabétiques renferme une certaine quantité de sucre. Assertion contredite par plusieurs observateurs (Nicolas et Gueudeville, Vauquelin, Soubeiran et Ossian Henry, Prout, etc.), mais confirmée par d'autres (Ambrosiani, Guibourt, Bouchardat, etc.). M. Bouchardat explique ce désaccord par les considérations suivantes qui me semblent parfaitement vraies et parfaitement concluantes. Si, au lieu d'examiner en masse l'urine rendue par un diabétique dans les vingt-quatre heures, on l'examine par portions séparées qui aient été successivement recueillies aux diverses époques de la journée, on voit, nous assure-t-il, qu'une heure ou deux après le repas les urines commencent à couler abondamment; qu'elles contien-

nent alors une proportion considérable de sucre, et qu'ensuite elles en présentent des quantités de plus en plus décroissantes pendant l'espace de douze à quinze heures; que, passé ce terme, si le diabétique n'a pris aucune nourriture, à peine renferment-elles encore quelques traces de sucre. Or, on saigne ordinairement les malades le matin, à l'époque la plus éloignée du repas; et si alors les urines ne contiennent que fort peu, infiniment peu de sucre, il est aisé de comprendre que le sang n'en doit plus contenir du tout, d'après les lois qui régissent l'élimination sécrétoire des principes étrangers à la composition normale de cette chair coulante. Mais que l'on saigne trois heures après un repas, le résultat devra être différent; et, effectivement, en pareil cas, l'observation démontre la présence du sucre dans le sérum du sang. En définitive, il ne me semble plus permis de mettre en doute que le sucre diabétique soit dans le sang avant d'être dans les urines; les reins ne le produisent pas, mais ne font que l'éliminer, de la même façon qu'ils éliminent l'urée, préalablement toute formée dans le torrent circulatoire. Où le sucre se forme-t-il donc? C'est ce que nous essaierons de nous expliquer tout-à-l'heure (1020).

B. Ce que tous les observateurs s'accordent, dès à présent même, à reconnaître et à professer, c'est que le sang des diabétiques fournit plus de sérum, moins de globules et moins de fibrine que le sang normal. En un mot, le diabète, dès son début ou au bout de peu de temps, se trouve lié à un certain degré d'anémie, et même, aussi, à un certain degré de diathèse scorbutique; principe à l'aide duquel il est facile d'embrasser d'un coup d'œil une infinie variété de symptômes accidentels qui peuvent se présenter chez les divers diabétiques, et en vertu duquel une thérapeutique sage et éclairée doit ici contre-indiquer l'usage, et, surtout, proscrire l'abus de la médication débilitante.

1018. *Le sucre, chez les diabétiques, se retrouve dans des humeurs excrémentitielles autres que l'urine.* — A. *Dans la salive:* non seulement, suivant l'ancien témoignage de Rollo, mais encore suivant les observations confirmatives récemment faites, en Angleterre, par M. Mac-Gregor (*The London medical Gazette*, année 1836, n° 33), et, en France, par M. Martin-Solon et par M. Contour (thèse citée, pag. 50).

B. *Dans la sueur:* ainsi du moins le proclament et l'attestent M. Robert Willis, M. Mac-Gregor, M. Nasse de Bonne (*Journal de chimie médicale*, année 1842, t. VIII, pag. 865), et, tout nouvellement encore, MM. Martin-Solon et Contour (*loc. cit.*, pag. 61).

1019. *Complication ordinaire et ultime de la tuberculisation pulmonaire avec le diabète.* — Je l'ai déjà dit et je le répète, en règle générale, peut-être même sans exception, les diabétiques, à moins d'être enlevés par quelque complication accidentelle, et, pour ainsi dire,

prématurément, avant la période de marasme et de complète asthénie, les diabétiques ne meurent que par l'intervention, tantôt prompte, tantôt heureusement tardive, de la tuberculisation pulmonaire. C'est donc là, sans aucun doute, un cas de complication par connexité étiologique (71. C.). Reste seulement à savoir s'il faut voir là autre chose qu'une des manifestations particulières de cette grande loi de physiologie pathologique en vertu de laquelle un affaiblissement profond de l'organisme prédispose et aboutit à la sécrétion de la matière tuberculeuse (768. F.). Ou bien, y a-t-il quelque affinité encore plus étroite, encore plus intime, entre cette sécrétion et le vice diabétique? Mystère que cela! N'entrons pas dans les ténèbres.

1020. *Bref aperçu touchant la question de savoir où se forme le sucre diabétique, et dans quelles conditions particulières de l'économie animale.* — De tout ce qui précède il résulte déjà incontestablement que l'origine du sucre diabétique n'est pas dans les reins eux-mêmes; que ces glandes ne font qu'éliminer le sucre qui leur est apporté par le torrent de la circulation, et qui sort par leurs couloirs, comme il sort, moins abondamment il est vrai, mais suivant le même mécanisme de filtration, par les couloirs de la salive et par ceux de la transpiration.

Est-ce donc au sein même du torrent circulatoire que le sucre se forme? Et, s'il n'y prend pas naissance, s'il ne fait qu'y passer, s'il n'y pénètre par voie d'absorption que pour être éliminé au plus tôt par voie de sécrétion, d'où arrive-t-il ? Où s'engendre-t-il, encore un coup?

Déjà Rollo avait aperçu et dit, mais sans preuves démonstratives, mais conjecturalement, et par une sorte de divination, que le sucre diabétique se forme dans l'estomac. M. Mac-Gregor est le premier, je crois, qui ait démontré clairement le fait par les expériences que voici : 1° En faisant vomir les diabétiques trois heures après le repas, il découvrit aisément la présence du sucre dans la masse chymeuse, par l'addition de la levûre, qui ne tarda pas à déterminer les phénomènes de la fermentation alcoolique. 2° En faisant avaler à deux malades soixante grammes de levûre après chaque repas, il les vit chaque fois tomber en proie à un malaise insupportable, qui leur paraissait distinctement être l'effet d'un gonflement intérieur, comme si, disaient-ils eux-mêmes, ils eussent été près d'éclater, et qui était réellement dû, sans aucun doute, au développement du gaz carbonique dans l'estomac, devenu le siége d'une fermentation alcoolique. M. Mac-Grégor parvint aussi à reconnaître d'une façon non moins certaine et non moins péremptoire que c'étaient les alimens végétaux qui faisaient les frais de la production saccharine, et se montraient particulièrement sujets à éprouver dans l'acte de la digestion

une semblable métamorphose ; car , ayant fait vomir un individu bien portant, qui venait de prendre un repas composé d'alimens animaux et végétaux, il constata une certaine quantité de sucre dans le chyme rejeté par les vomissemens; puis, ayant nourri ce même individu, pendant trois jours entiers, rien que de rosbif et d'eau, il ne retrouva plus la moindre trace de sucre dans le liquide chymeux qu'il se procura par l'administration du vomitif trois heures après le repas. De là, disons-le sur-le-champ, il paraîtrait donc résulter que le diabète est dû tout simplement à l'exagération d'une des circonstances de la digestion normale, c'est-à-dire à ce que la transformation saccharine de la fécule, transformation déjà reconnue par Gmelin et Tiedemann dans leurs recherches sur la digestion , transformation ordinairement bornée à très peu de chose, prendrait alors un développement excessif.

Enfin, dans ces derniers temps, M. Bouchardat, mieux et plus complétement que qui que ce soit avant lui, a soutenu, développé, éclairé cette thèse, à savoir, que le sucre de raisin qui existe dans l'urine des diabétiques provient de ce que la fécule, dans ces sujets-là , éprouve une transformation saccharine, telle que nous pouvons la produire dans les vases inertes de nos laboratoires. Il assure avoir constaté par de nombreuses expériences que le ferment , le gluten , l'albumine , la fibrine, dans certaines conditions d'altération, peuvent exercer sur la fécule une action semblable à celle de la diastase ; et il suppose, non sans raison, non sans de spécieuses inductions, que l'albumine du suc gastrique et intestinal doit avoir, chez les diabétiques, le mode particulier d'altération qui lui communique la propriété de la diastase. Voilà, certes, une théorie qui cadre fort bien avec de très importantes données de l'observation. Voilà qui explique fort bien comment il se fait que , chez un diabétique donné, la quantité du sucre contenu dans les urines est en raison directe de la quantité de pain ou bien d'alimens féculens ou sucrés que ce malade aura pris dans les vingt-quatre heures (1010. E. $\mathfrak{E}$.) ; comment il se fait que, sous l'influence prolongée d'un régime qui aura complétement exclu l'usage de tels alimens, les urines reviennent peu à peu à leur quantité et à leur composition normale ; comment il se fait, enfin, que les diabétiques ont une soif si ardente (1010. F.), vu que la fécule , pour se transformer en sucre , exige sept fois environ son poids d'eau , et que , par conséquent , la soif, manifestation vitale de cette exigence chimique , subsiste et sévit jusqu'à ce que la proportion d'eau nécessaire ait été avalée , de telle sorte qu'effectivement , suivant les observations de M. Bouchardat (*loc. cit.* , p. 217), les diabétiques, pour une *livre* environ de fécule contenue dans les alimens « boivent or- » dinairement sept livres d'eau environ, et rendent à peu près huit » livres d'urine. »

Mais, après tout, il faut bien le dire, c'est jusqu'à présent une pure hypothèse de la part de M. Bouchardat, que d'accuser la présence, dans l'estomac, d'une substance analogue à la diastase. Qui donc a vu, qui donc a touché cette prétendue diastase d'un nouveau genre ? Et ce qui est une hypothèse encore plus aventureuse, c'est la manière dont M. Bouchardat croit pouvoir expliquer l'origine même de ladite diastase. Comme base de cet échafaudage d'explications, il pose à titre de phénomène primordial l'interruption de la sécrétion acide de la peau : phénomène lié au diabète, fort assurément, mais dont la priorité pathogénique n'est rien moins que démontrée, et qui, peut-être, au contraire, n'est qu'un accident consécutif. De cette première hypothèse, M. Bouchardat s'élève à une seconde hypothèse que voici : c'est que, par l'effet de je ne sais quelle loi de compensation et de solidarité chimique entre la sécrétion de la peau et celle des follicules mucipares du tube gastro-intestinal, cette dernière sécrétion, d'alcaline qu'elle est dans l'état normal, deviendrait acide, comme si les pôles de l'électricité du corps humain se trouvaient alors intervertis. Et c'est précisément, ajoute M. Bouchardat, c'est précisément sous le contact d'un acide organique que l'albumine s'altère de façon à contracter la propriété de saccharifier la fécule.

Admettons même que toutes ces hypothèses-là soient vraies, qu'elles acquièrent un jour force de loi. Resterait encore une lacune dans la théorie. Resterait à savoir et à expliquer en vertu de quoi s'interrompt et cesse l'acidité de la sécrétion cutanée.

Avouons-le donc franchement, en dernière analyse, la pathogénie du diabète, malgré les efforts de la chimie contemporaine, reste toujours enveloppée d'une certaine obscurité. Impossible, surtout, de bien reconnaître le premier anneau de la chaîne des phénomènes organiques qui aboutissent à ce flux plus ou moins abondant d'urines sucrées.

1021. *Qu'y a-t-il à dire touchant les causes prédisposantes du diabète ?* — Après avoir avoué que nous ne savons rien concernant la cause première, essentielle, déterminante du diabète, avouons encore que nous ne savons pas grand'chose sur le chapitre des causes prédisposantes de cette maladie.

Le diabète a été observé dans tous les climats, chez l'un et l'autre sexe, chez des personnes de tempéramens divers. Rien de moins positif, rien de moins pertinent que les assertions de certains auteurs relativement à une prétendue supériorité d'influence de la part de tel climat, de tel sexe, de tel tempérament.

Le diabète est de tous les âges. M. Bouchardat l'a rencontré chez un enfant de six ans; M. Mac-Gregor, chez un enfant de trois ans. Toutefois, il est clair comme le jour, il est clair dès le premier coup d'œil jeté sur

le domaine entier de l'observation médicale, et malgré l'absence d'une statistique précise, que le diabète est une maladie infiniment plus rare dans l'enfance que dans les autres âges.

Ce qui encore est parfaitement certain, ce qui est unanimement reconnu par les observateurs, c'est qu'une alimentation insuffisante et exclusivement végétale a une influence des plus puissantes pour la production du diabète. Et il est hors de doute aujourd'hui, ce me semble, que cette influence de la diète végétale réside particulièrement dans les alimens sucrés et féculens. Voilà, certes, ce que l'étiologie du diabète a de plus positif.

Quoi qu'on en ait dit, il ne me paraît pas du tout démontré que l'abus des boissons alcooliques soit une circonstance d'une efficacité bien réelle et bien grande pour le développement du diabète.

1022. *Diagnostic.* — Tâche très peu difficile, en vérité. Que faut-il, en effet, pour ne pas méconnaître le diabète, lorsque la quantité journalière des urines n'a rien encore d'exorbitant, mais que la soif, le redoublement d'appétit et une certaine langueur ont déjà lieu d'exciter le soupçon ? Que faut-il pour ne jamais prendre le change en présence d'une simple polyurie, d'une polyurie non sucrée? Soumettez les urines suspectes à l'inspection polarimétrique, ou bien ajoutez-y un peu de levûre pour exciter la fermentation alcoolique, et tout sera dit.

1023. *Pronostic.* — Le diabète est une maladie grave, nous sommes loin de le nier; mais pourtant nous ne serons pas de ceux qui désespèrent d'obtenir jamais une guérison radicale. Je crois avoir prouvé plus haut (1013.B.) que le succès est possible chez une personne docile et qui se déterminera à suivre avec courage et pendant longtemps un traitement et un régime approprié. En tout cas, du moins, force est bien de reconnaître que l'on peut beaucoup pour enrayer le progrès du mal, pour procurer de longs et heureux répits, pour reculer, en un mot, le funeste dénouement.

1024. *Thérapeutique.* — A. Médication corroborante (140-3). Déjà les médecins de l'antiquité, déjà Sydenham, déjà Rollo et beaucoup d'autres avaient bien su reconnaître, et s'étaient plu à proclamer les bons effets de cette médication chez les diabétiques. Mais, sans négliger l'emploi du fer et du quinquina, louons et recommandons avant tout la diète animale, comme Rollo, Dupuytren et M. Thénard, Nicolas et Gueudeville, etc., etc., etc., se sont accordés à la préconiser, non pas d'après les inductions de la théorie, mais d'après les renseignemens de l'expérience. Un régime voué entièrement ou presque entièrement à des alimens de nature animale (viande de boucherie, œufs, poissons, etc.), voilà jusqu'à présent la meilleure ancre de salut. Il n'est plus permis de douter qu'un semblable régime soit essentiellement néces-

saire, non pas tant par lui-même, non pas tant par la nature analeptique des substances qui le constituent, que parce qu'il exclut ou du moins qu'il diminue et réduit à peu de chose la quantité des alimens féculens et sucrés. Les alimens de cette dernière sorte sont surtout ceux qu'il faut proscrire. C'est pourquoi M. Bouchardat a imaginé de remplacer le pain ordinaire par un pain de gluten, où il entre toutefois encore un sixième de farine ; le gluten ne saurait être panifié à moins de cette addition. C'est avec le pain de gluten, entre autres moyens, que j'ai guéri la vieille femme dont l'observation est rapportée ci-dessus (1004). Mais force est bien d'avouer que ce pain-là n'est rien moins qu'agréable à l'estomac des malades, et qu'il soulève à la longue un invincible dégoût. Je crois donc, et j'ai par-devers moi des faits qui m'autorisent à le dire, je crois que l'on peut sans grand inconvénient, et par une tolérance qui rendra plus facile et plus longue la docilité du malade, permettre une faible ration de pain ordinaire, par exemple, 60 à 100 grammes chaque jour ; mais point de pommes de terre, point de riz, de haricots, de pois, de lentilles, de confitures, etc. Seulement, pour varier la monotonie de la diète animale, nous accorderons quelques végétaux herbacés, comme l'oseille, la laitue, la chicorée, les épinards, etc. Point de vins liquoreux, comme ceux de Lunel, de Malaga, de Chypre, de Tokay, etc. ; mais il faut des vins secs (*vinum austerum*, ainsi Celse le voulait-il déjà).

B. Opium. A doses d'abord faibles et modérées, puis successivement croissantes. Voilà un remède qui, après la diète animale, a l'utilité la plus incontestable dans le traitement du diabète. Fort préconisé autrefois par Nicolas et Gueudeville, il me paraît complétement mériter tous les éloges qui en ont été faits. Dût-il ne servir qu'à combattre l'insomnie, ce serait déjà beaucoup. Mais, de plus, en poussant aux sueurs, en diminuant l'appétit, il ne peut moins faire que de contre-carrer directement quelques uns des phénomènes les plus essentiels du diabète. Peut-être même a-t-il, jusqu'à un certain point, la vertu de neutraliser les conditions particulières par l'effet desquelles la production du sucre a lieu dans les voies digestives. Ce qui est certain, c'est qu'en général, sous l'influence de ce médicament, tous les accidens se calment.

C. Bains de vapeurs. Frictions sèches ou aromatiques. Flanelle sur la peau. Tout cela pour rétablir, disons mieux, pour rendre plus active que jamais l'énergie de la transpiration cutanée, à titre de révulsion qui ne peut manquer d'avoir un certain degré d'utilité.

D. Créosote. Comme cette substance neutralise l'influence de la diastase sur la fécule, comme elle empêche la transformation saccharine de s'effectuer, on a quelque droit de penser que peut-être exercerait-elle la même puissance dans l'estomac des diabétiques. On peut la

donner en pilules, à la dose d'une demi-goutte par pilule, en mélange avec le sucre et la gomme pour excipiens et pour correctifs. Huit, dix, douze, et même seize pilules par jour. Il faut le dire, ce médicament n'a pas encore été suffisamment expérimenté. Attendons, pour avoir là-dessus le dernier mot de l'expérience clinique.

E. Carbonate d'ammoniaque. Vivement recommandé par M. Bouchardat, comme un médicament tout à la fois propre à exciter la transpiration, et à combattre la prétendue acidité des sécrétions gastro-intestinales (1020). On l'administre, à la dose d'un ou deux grammes par jour, dans une potion. C'est encore là un sujet de recherches.

F. Sel de cuisine, et, comme on dit plus savamment, chlorure de sodium. Essayé, non sans un certain succès, par MM. Martin-Solon et Contour (thèse citée, p. 95-8). A la dose de 30 grammes par jour, en trois fois, soit en poudre, soit en dissolution dans un peu d'eau, chaque fois un quart d'heure avant le repas. Serait-ce là un moyen réellement efficace pour atteindre et corriger les conditions primordiales, quelles qu'elles soient, chimiques ou nerveuses, de cette aberration digestive qui, de certains alimens, sinon de tous, extrait et produit le sucre diabétique ? Je ne sais. Mais pourquoi pas? Ici, en vérité, comme pour la syphilis, comme pour la fièvre intermittente, etc., les hasards des tâtonnemens thérapeutiques pourraient fort bien aboutir à mettre notre art en possession de quelque remède véritablement nosocratique (132. B), à la découverte duquel la théorie seule ne peut encore nous conduire.

ARTICLE IX.

POLYURIE NON SUCRÉE.

(Auteurs contemporains. — De Πολύ, beaucoup, et Οὖρον, urine. — Voyez n° 46. F. ζ.)

1025. *Bibliographie.* — BOISSAT. *Observation d'un diabète non sucré :* avec un *Rapport* de M. de Lens à la Société de médecine. (Dans le *Journal général de méd.*, juillet 1822, p. 164-72.) — Le sujet de cette observation était un crieur de cartons, âgé de cinquante et un ans, qui, dès l'âge de cinq ans, disait-il, avait été atteint d'une soif excessive avec polyurie. A seize ans, ce mal s'était accru à tel point, que, dès lors, il ne fallut pas moins d'une voie d'eau dans les vingt-quatre heures pour satisfaire sa soif. A l'époque où l'observation fut recueillie, cet homme buvait chaque jour environ 33 livres d'eau, et rendait 34 livres d'urines aqueuses, et dans lesquelles M. Thénard ne découvrit aucune trace de sucre.

JOLLY. — (Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiq.*, t. XIII, p. 441-4.) — Art. *Polydipsie.*

ROBERT WILLIS. — (*Urinary diseases and their treatment.*) Part I, chap. I, *Morbid states in which the secreting faculty of the kidney is exalted, and the menstruum and readily soluble principles of healthy urine occur in altered absolute or relative quantity.*

LACOMBE (Urbain). *De la polydipsie.* Thèse inaugurale. Paris, 1841 (t. VII). — Excellente monographie, où l'érudition et l'observation s'allient pour éclairer l'histoire du mal en question.

FALLOT (médecin à Namur). *Cas remarquable de polydipsie.* (Dans le *Journ. de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., janvier 1845. D'après le *Journ. de méd. de Bruxelles.*) — Le sujet de cette observation, âgé de vingt-neuf ans, était atteint de polydipsie et de polyurie depuis sa plus tendre enfance; il buvait par jour environ vingt-quatre litres de liquide, et rendait, terme moyen, vingt-cinq litres d'urines aqueuses et non sucrées; à part cela, sa santé était très bonne.

1026. *Définition et remarques préliminaires.* — A. Ai-je besoin de le dire? Faut-il définir formellement une dénomination qui se définit, en quelque sorte, d'elle-même? Sous le titre de polyurie non sucrée, nous comprendrons, par opposition au diabète, les cas, d'ailleurs assez rares, où les urines, sans contenir du sucre, se produisent en quantité excessive et décidément pathologique.

B. Inutile de remarquer que ce genre nosographique ne doit pas être confondu avec le diabète insipide des anciens auteurs; qu'il ne le représente qu'en partie, et non pas en totalité. Que de fois, en effet, la saveur du sucre de raisin n'est-elle pas masquée et complétement annulée au sein des urines diabétiques !

C. Quelques uns me critiqueront, je le prévois fort bien, de dénommer et de classer le mal sous le point de vue de la supersécrétion urinaire. Ils me critiqueront de considérer et de poser ainsi cette supersécrétion comme le phénomène principal, là où ils se croient fondés à voir, avec M. de Lens (*loc. cit.*), M. Lacombe (thèse citée), etc., une polydipsie essentielle, protopathique, dont la polyurie ne serait que la conséquence. Mais, en thèse générale, il est tout aussi bien permis de soutenir que le principe du mal gît dans l'exagération même de l'activité sécrétoire des reins, et que la polydipsie est un phénomène consécutif, un résultat symptomatique, comme dans tant et tant d'autres flux (*Polydipsia fluxuum :* espèce nosographique formellement signalée par Sauvages après la polydipsie fébrile et la polydipsie hydropique. *Nosol. meth.*, class. VIII, *Vesaniæ*, gen. IX). Ce que nous pouvons tout au plus accorder, et ce que nous accordons volontiers, toujours en thèse générale, c'est qu'il y a deux espèces de cas : 1° ceux

où la polydipsie est la cause de la supersécrétion urinaire; 2° ceux, au contraire, où la supersécrétion urinaire est la cause de la polydipsie. Mais à quoi bon, d'ailleurs, insister sur cette subtilité théorique, sur une distinction à peu près impossible dans la pratique? Effectivement, en présence de chaque cas particulier, j'ai bien peur que les observateurs, sans renseignemens précis et parfaitement certains sur les commencemens de l'affection qui se présente à eux confirmée depuis plus ou moins longtemps, ne se divisent toujours sur la question des rapports d'antériorité et de subordination entre la supersécrétion urinaire et la soif, comme se divisèrent M. de Lens et M. Boissat à l'égard du cas mentionné plus haut (1025), celui-ci accusant une exaltation idiopathique de la sécrétion rénale, celui-là une polydipsie essentielle.

D. Tout bien considéré, et dans l'incertitude réelle qui laisse toute liberté à une décision arbitraire, je préfère prendre pour base de classement nosographique un vice matériel comme l'abondance des urines, plutôt qu'un vice purement fonctionnel comme l'exagération de la soif; sans compter, d'ailleurs, que la polyurie peut fort bien, mais seulement, il est vrai, dans un degré modéré, exister sans polydipsie, point de symptomatologie sur lequel nous reviendrons ci-après.

E. Encore bien que la polyurie non sucrée soit une affection rare, beaucoup plus rare que le diabète proprement dit, je ne crois pas avoir besoin d'insister longuement sur sa réalité. Les faits que M. Lacombe a rassemblés dans sa thèse, soit d'après sa propre observation, soit d'après celle de divers médecins, ne permettent pas le moindre doute sur le sujet en question. L'absence du sucre dans les urines de certains polyuriques est, assurément, un point définitivement acquis à la science, quand nous la voyons attestée par M. Thénard, par M. Biot, par M. Bouchardat, par M. Quevenne, etc., etc.

1027. *Synonymie.* — A. Faux diabète, de beaucoup d'auteurs.

B. Diabète aqueux, de M. Rayer.

C. Hydrurie, de M. Robert Willis. Et, si l'urine manque tout-à-fait, ou du moins n'existe que dans des proportions infiniment petites, Anazoturie, toujours suivant le langage du pathologiste anglais. Supposons, au contraire, qu'avec la polyurie non sucrée, la quantité quotidienne de l'urée dépasse notablement ce qu'elle est dans l'état normal, ce sera l'Azoturie du même auteur.

D. Polydipsie, de M. Lacombe, dans l'hypothèse que cette émission d'une énorme quantité d'urines non sucrées ne serait rien autre chose que le résultat naturellement consécutif à l'ingestion d'une masse prodigieuse de boissons sous l'impérieux aiguillon d'une altération inextinguible (1026. C.).

1028. *Symptomatologie.* — Dans l'intérêt d'une description exacte

et méthodique de la polyurie non sucrée, il est à propos de distinguer deux espèces principales, savoir : 1° la polyurie passagère, accidentelle, éphémère ; 2° la polyurie chronique et devenue, pour ainsi dire, inhérente à la constitution du sujet. Ces deux espèces n'ont assurément pas le même degré d'importance, il s'en faut de beaucoup. Inutile de dire que c'est la dernière espèce, surtout, qui mérite que nous y insistions davantage et que nous y accordions le plus d'attention.

A. *Polyurie passagère :* indiquée par Sauvages sous le titre de *Diabetes hystericus* (Class. IX, *Fluxus*, gen. XXV, sp. 3); érigée en un genre à part dans le tableau nosographique de Vogel (66), sous le nom et avec la définition que voici, — gen. CIV, DIURESIS, — *Immodica urinæ prorsus aqueæ excretio, in morbo spastico, periodica.* Rien de plus ordinaire, par exemple, que de voir, chez les femmes hystériques, un flux d'urine claire et blanche comme de l'eau de roche se produire de temps à autre, notamment à la suite des accès spasmodiques les plus violens. Sydenham n'a pas manqué, dans sa célèbre dissertation sur l'hystérie (*Diss. epistolaris ad Guilielmum Cole*), de signaler ce flux urinaire comme un des traits les plus constans et les plus caractéristiques de la maladie. Chez certaines femmes d'un tempérament nerveux, encore bien qu'elles soient exemptes d'hystérie proprement dite, on voit aussi, sous la simple influence de la colère ou d'une vive contrariété, apparaître soudainement une polyurie passagère. Il est vrai de dire que jamais ou presque jamais, dans de semblables occurrences, la quantité des urines ne s'élève aux énormes proportions de la polyurie chronique. Quoi qu'il en soit, il y a évidemment là une supersécrétion urinaire, qui ne tient pas du tout, remarquons-le bien, à la nécessité naturelle d'éliminer le superflu des boissons prises en trop grande abondance sous l'empire d'une soif morbide; qui, au contraire, se développe indépendamment d'une pareille soif et à titre de résultat direct d'un ébranlement mystérieux de l'innervation, comme les larmes de la douleur, comme le flux bilieux de l'épouvante, etc. ; qui, en un mot, loin d'être devancée par le besoin de boire beaucoup, est précisément la cause qui fait naître ce besoin, en conséquence de l'excès de déperdition liquide que l'économie vient à éprouver en très peu de temps. La polyurie passagère s'est aussi montrée quelquefois aux observateurs comme une crise salutaire qui mettait fin à une hydropisie, et par où une métastase bienfaisante éliminait un amas de sérosité. Un cas fort curieux, un cas mixte en quelque sorte, et mi-parti de supersécrétion hystérique et d'évacuation métastatique, c'est celui dont Sauvages nous fait le récit sous la rubrique du *Diabetes hystericus :* « Cette espèce, » dit notre auteur, « je l'ai observée chez la marquise de Saint-Victor, hystérique, » qui urinait pendant quelques jours une sérosité insipide, aqueuse,

» très abondante, et, dès la cessation de ce flux, tombait dans l'anasar-
» que; puis, au retour d'un semblable diabète, chaque fois disparais-
» sait l'infiltration œdémateuse. »

B. *Polyurie chronique:* avec ou sans polydipsie.

α. La polyurie chronique *sans polydipsie* ne peut être qu'un flux médiocre et de très peu d'importance. Inutile de développer, à cet égard, les considérations physiologiques qui se présenteront assurément d'elles-mêmes à l'esprit de tous nos lecteurs. C'est, sans aucun doute, à cette variété de polyurie non sucrée, et non pas au diabète proprement dit, qu'il faut rapporter le cas du fameux Cardan, qui, dans son livre *De vita propria*, cette autobiographie à tous égards si intéressante, nous raconte ceci : « ..... En 1536 [1], » dit-il, « je fus pris
» d'un flux d'urine, et ce n'était pas peu de chose, puisque j'en suis
» incommodé depuis près de quarante ans, et qu'il va de soixante à
» cent onces par jour : je vis néanmoins sans dépérir (témoin mes
» bagues, que je n'ai pas changées), et sans souffrir de la soif [2]. » Déjà Pierre Petit, commentant Arétée vers le milieu du XVIIe siècle, et ignorant encore les découvertes de Willis sur la qualité sucrée des urines diabétiques, faisait toutefois observer que le cas de Cardan, sans soif, sans marasme, ne rentrait pas dans la description tracée par le médecin de Cappadoce; que ce n'était donc pas le vrai diabète, mais un autre genre d'affection.

β. La polyurie chronique *avec polydipsie* est, sans contredit, la variété la plus remarquable et la plus fâcheuse. C'est en pareil cas que la quantité journalière des urines peut s'élever à dix, à quinze, à vingt litres, et même davantage (vingt-cinq litres, par exemple, chez le soldat observé par M. Fallot). Pour ce qui concerne la soif excessive en corrélation, comme effet ou comme cause, avec cette énormité quotidienne de déperditions urinaires, laissons parler le docteur Lacombe, qui a si bien vu la chose de ses propres yeux : « La soif est violente, im-
» périeuse, il faut lui obéir; et le malheureux patient qui ne peut la
» satisfaire, s'arrête si on lui résiste, ou bien il trouve dans ses urines
» le moyen de soulager momentanément la soif qui le dévore. Pendant
» la nuit, le sommeil lui-même n'est point un obstacle à ce désir sans
» cesse renaissant des liquides; ce besoin prend même alors une nou-
» velle intensité, et le malade, auquel l'expérience a appris qu'à chaque
» heure de la nuit il aura un besoin à satisfaire, a soin d'apporter

(1) A l'âge de trente-cinq ans, car il était né en 1501.

(2) . . . . . Anno MDXXXVI. . . . . correptus fluxu urinæ, et magno etiam, quum annis pene 40 laborem eodem, à 60 unciis ad centum in singulos dies, vivo nec contabesco (indicio annuli iidem) nec sitio.

» lui-même, le soir, près de son lit, les provisions nécessaires jusqu'au » lendemain. Dans la nuit, il se réveille souvent, quelquefois toutes les » deux heures, pour obéir aux besoins impérieux de boire et d'uri- » ner. » — « Dans la polydipsie, la soif varie peu suivant les saisons; » elle est tout aussi intense pendant les froids rigoureux de l'hiver, et » les chaleurs de l'été ne semblent point l'augmenter. » — « La quan- » tité de boissons nécessaire au sujet atteint de polydipsie est vrai- » ment extraordinaire ; un enfant de cinq ans boit douze bouteilles » d'eau en vingt-quatre heures. La femme *Bonsergent* en exige trois » seaux. On faisait placer deux seaux près d'un des malades observés à » la Charité, dans le service de M. Rayer : l'un était rempli de tisane, » que le malade buvait; l'autre était destiné à recueillir ses urines. Le » sujet cité par M. le docteur Boissat avait besoin d'une voie d'eau » pour étancher sa soif, dans le même espace de temps. La quantité de » liquide ingéré à la fois est variable. Le malade observé à l'hôtel-Dieu » avalait près de deux litres d'un seul trait; celui cité par Maxwell en » avalait deux pintes. Dans le cas rapporté par Desgranges, le malade » en buvait une bouteille. Du reste, le besoin de boire est tel dans la » polydipsie, qu'on voit souvent les malades, ou se suspendre au robi- » net d'une fontaine, ou rechercher de préférence les grands vases, qui » peuvent plus abondamment satisfaire leur soif dévorante. » — « Dans » le plus grand nombre des cas, une boisson acide, aigrelette, une ti- » sane vineuse, diminue l'intensité de la soif, qui n'éprouve de modi- » fication bien marquée que lors du développement d'une maladie in- » tercurrente ; alors une perturbation dans l'économie amène un phé- » nomène tout-à-fait nouveau et insolite dans toute autre circonstance, » la *diminution de la soif* pendant un état fébrile (Lacombe, thèse » citée, p. 14-15). » Inutile de dire que la miction est fréquente, encore bien même que le sujet polyurique soit d'ordinaire muni d'une vessie fort ample, et rende souvent plus d'un litre d'urine à la fois. Plus le flux urinaire est abondant, plus les urines sont claires, semblables à de l'eau; leur pesanteur spécifique est au-dessous de la moyenne normale (elle varie, par exemple, de 1001 à 1009, suivant les observations de M. Rayer, *Tr. des maladies des reins*, t. Ier, p. 75); si vous cherchez l'urée au sein de ces urines aqueuses, vous ne l'y retrouvez qu'en très faible proportion, et parfois même vous n'en découvrez aucune trace. Quoi qu'il en soit, les individus qui se trouvent ainsi atteints de polyurie non sucrée n'en conservent pas moins d'ordinaire un assez bon état de santé générale, tout en ne possédant, il est vrai, que fort peu d'embonpoint. Ils ne se montrent guère sujets à éprouver cette faim dévorante qui est un des traits les plus constans du diabète. Ils peuvent vivre fort longtemps avec cette incommodité, qui mérite à peine le nom

de véritable maladie. Mais il n'y a jusqu'à présent, dans les archives de l'art, aucun cas bien authentique de guérison solide et durable de cette singulière affection. Pas un de ces individus, en effet, n'a été suivi pendant plusieurs années par les observateurs. Si l'on a vu quelquefois le flux urinaire et la polydipsie s'amender sous l'influence de certains médicamens, on ne sait réellement pas si une telle amélioration se fût maintenue, et surtout si elle eût abouti à une complète réintégration des conditions normales de la sécrétion rénale et de la soif; car les polyuriques, entrés à l'hôpital pour une maladie intercurrente et accidentelle, impatiens d'en sortir après l'heureuse terminaison de cette maladie, ont toujours été perdus de vue après leur sortie. Ce qui résulte certainement de leurs déclarations, et tout concourt à en faire admettre la véracité, c'est que, chez la plupart d'entre eux, la polyurie avait commencé à exister dès la plus tendre enfance. La polyurie non sucrée peut-elle quelquefois, à elle seule, par son intensité et sa chronicité, produire un tel marasme, un tel épuisement, qu'elle finira par conduire l'homme au tombeau? Cela me paraît très probable; mais, je dois l'avouer, il n'y a non plus aucune observation authentique qui démontre cela.

1029. *Étiologie.* — Tout-à-l'heure (1028. A), j'indiquais, car j'y étais amené tout naturellement, j'indiquais, en ce qui touche à la polyurie passagère, les conditions pathogéniques dans lesquelles on la voit particulièrement survenir : je n'ai rien de plus à dire là-dessus.

Quant à ce qui concerne l'étiologie de la polyurie non sucrée à l'état chronique, bien grande et bien profonde est notre ignorance. Les fastes de l'observation nous montrent que ce flux incommode peut prendre naissance à tout âge de la vie; mais pourtant, je le répète, c'est d'ordinaire dans l'enfance qu'il débute, pour se perpétuer toujours, ou presque toujours, à ce qu'il paraît, pendant toute la carrière de l'individu. Et, si nous avançons cette proposition, ce n'est pas seulement d'après les dires et les souvenirs des polyuriques adultes que les observateurs ont rencontrés et qu'ils ont interrogés sur le point en question, mais c'est aussi parce que des hommes graves et éclairés ont eu occasion de constater directement chez des enfans l'existence de l'affection dont il s'agit. Ainsi, par exemple, M. Biot, dans un article cité plus haut (1004), *Gazette médicale*, année 1841, p. 19, nous dit que, dans les urines d'un enfant polyurique soumis à l'observation de M. Rayer, l'absence complète du sucre était indubitablement prouvée par les résultats de l'examen polarimétrique. Chez le sujet de la IV[e] observation du docteur Lacombe, un nommé Constant, atteint de polyurie avec polydipsie dès sa plus tendre enfance, on est véritablement en droit de regarder le mal comme une affection héréditaire, comme un des mystérieux effets

de l'idiosyncrasie originelle (80. D.). « La mère de Constant était at-
» teinte de polydipsie ; elle a donné le jour à trois fils qui ont éprouvé
» la même affection. Un frère de la mère de Constant éprouvait éga-
» lement une soif insatiable ; il est mort dans un âge avancé, laissant
» quatre enfans, dont deux étaient sujets à la même maladie. » (Lacombe, thèse citée, p. 18.) C'est là un exemple bien remarquable, assurément ; mais il est le seul de ce genre dans toutes les annales de l'art. Chez certaines personnes, si l'on en croit leur dire, l'origine de la polyurie chronique devrait être attribuée à l'influence d'un profond chagrin, d'une violente frayeur ou de quelque autre ébranlement du moral ; ce qui tend à prouver qu'en pareil cas, du moins (soit dit par parenthèse), la supersécrétion urinaire serait le premier des phénomènes morbides, et qu'elle précéderait le développement de la soif, ni plus ni moins que nous le voyons, maintes et maintes fois, dans les polyuries passagères qui naissent sous le coup de semblables émotions.

1030. *Diagnostic.* — Au premier aspect, la polyurie non sucrée pourrait être confondue avec le diabète ; mais toute méprise devient impossible, dès que l'on soumet les urines à l'action de la levûre, ou qu'on les examine au polarimètre. Point de fermentation alcoolique. Point de déviation du rayon lumineux polarisé. Ces résultats négatifs lèvent donc aussitôt tous les doutes.

1031. *Thérapeutique.* — Nulle ou à peu près nulle, comme de juste, à l'égard de la polyurie passagère, qui se dissipe d'elle-même sans être combattue, et qui, lorsqu'elle survient comme crise d'une hydropisie, a plutôt besoin d'être favorisée que contrariée.

Incertaine, et vraiment prise au dépourvu, en ce qui concerne la polyurie chronique, tant ont été rares les occasions d'observer et de traiter cette affection-là pendant un temps suffisant (1028. B. 6.) ! Toutefois, bien des auteurs s'accordent à recommander l'opium, les bains chauds, les bains de vapeur, les frictions cutanées, pour exciter la transpiration à titre de sécrétion révulsive ; les purgatifs, pour remplir une indication analogue à celle qui précède ; les boissons acidules, mais avec la plus grande parcimonie possible, pour apaiser la soif sans prétendre l'étancher, et pour rompre ainsi la vicieuse habitude de l'organisme ; les ferrugineux, le quinquina, etc., pour corroborer la constitution. M. Rayer, par l'emploi prolongé de la valériane, produisit un amendement notable du mal chez un jeune garçon de quatorze ans (le sujet de la IIIe observation de la thèse de M. Lacombe) ; chez un autre sujet, il obtint un semblable résultat par l'alimentation analeptique et par l'administration d'une boisson alcaline, à ce que nous assure le confrère qui a commenté dans le *Journal de médecine* l'observation du docteur Fallot (1025). « M. le docteur Natalis Guillot est parvenu à diminuer

» la soif chez un jeune malade de l'Hôtel-Dieu, en employant la décoction de quinquina, les préparations ferrugineuses, le vin de Bagnols et le tannin. M. Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin, est arrivé à un résultat analogue, en administrant à une dame atteinte de polydipsie, de la valériane et des préparations ferrugineuses, après avoir mis en usage de la glace prise à l'intérieur, et placée sous forme topique à l'épigastre. » (Lacombe, thèse citée, p. 28.) En pareille circonstance, effectivement, l'art, faute d'indications positives et sûres, peut fort bien se permettre tous les essais, tous les tâtonnemens prudens et raisonnables.

ARTICLE X.

CHYLURIE.

(Modern. : — de Χυλός, chyle, et Οὖρον, urine. — Voir n° 46. F. ζ. — Comme qui dirait *Pissement de chyle.* Voir ci-après n° 1034.)

1032. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XLII, art. 44. — « *Incidimus aliquando in urinas quæ* » *chylum..... admistum habere viderentur*, etc. »

FRANK (Jean-Pierre) — (*De curandis hominum morbis epitome.* — Class. V, ord. I, gen. II, *Diabetes*) — admet le *diabète laiteux* ou *chyleux* des auteurs sur la foi des vieux exemples qu'il serait difficile, dit-il, d'attribuer à une suppuration interne; et, de plus, apporte de sa propre pratique un nouvel exemple, qu'il observa à l'hôpital de Pavie chez un septuagénaire, mais qui ne me paraît pas, il faut l'avouer, très décisif et très bien caractérisé.

CHAPOTIN. — Thèse déjà citée (236), p. 57 et suiv. (Cas très bien constaté et très bien décrit d'un jeune créole de l'Ile de France, qui, après avoir été sujet à l'hématurie dans toute son enfance, présenta vers la puberté ce que nous appelons la chylurie. Guérison obtenue par la médication corroborante, et surtout, à ce qu'il semble du moins, par l'administration intérieure de la teinture de cantharides, d'abord à la dose de trois gouttes le matin et autant le soir dans une tasse d'eau de riz, puis, progressivement, pendant dix jours, jusqu'à la dose quotidienne de vingt gouttes.)

ALIBERT. — (*Nosol. natur.*) Fam. IV, *Uroses*, genre 1er, *Polyurie*, esp. 3, *P. caséeuse.*—Là, l'auteur a consigné le cas de deux dames d'une constitution hystérique, chez lesquelles les urines d'apparence laiteuse, sans être toutefois plus abondantes qu'il ne faut, offraient un coagulum particulier que Vauquelin avait pris pour du caséum : méprise alors fort excusable, puisque aujourd'hui en-

core, après tout, la chimie ne peut parfaitement distinguer le caséum, l'albumine et la fibrine. Ce sont là trois corps isomères ; peut-être même sont-ils d'une essence identique, et ne diffèrent-ils que par des nuances accessoires.

PROUT. — Ouvrage déjà cité (1004), sect. I, chap. I. (Description de deux cas qui se présentèrent, l'un dans la pratique du docteur Elliotson, l'autre dans la pratique du docteur Scudamore.)

ROBERT WILLIS. — Ouvrage déjà cité (1004) Part I, chap. V (*Morbid states in which certain matters being constituents of the blood are contained in the urine*), sect. 2, *Of the discharge of urine having the oily and albumino-fibrinous elements of the blood mingled with it*, — OLEO-ALBUMINOUS URINE (*Chylous urine*, Prout).

CAFFE. *Note sur un cas d'urine en apparence laiteuse* (urine chyleuse). — (Dans la *Presse médicale*, avril 1837.) — Observation dont le sujet est un jeune Brésilien, qui, depuis environ quatre ans, rendait des urines tour à tour sanguinolentes et laiteuses sans une détérioration sensible de la santé générale. On la trouve reproduite dans le *Traité* de M. Rayer, histoire des *Hémorragies rénales* (Obs. XVIII).

RAYER. *Revue critique des principales observations faites en Europe sur les urines chyleuses, albumino-graisseuses, diabétiques laiteuses, laiteuses, huileuses et graisseuses.* (Dans *L'Expérience*, n° du 30 mai 1838.)

— Dans le *Traité des maladies des reins*, § 786-92 (t. III, p. 387-428).

BOUCHARDAT. — (Dans l'*Annuaire de thérap.*, etc., *pour* 1844.) Pag. 247-58, *Examen d'une urine dite laiteuse, suivi de réflexions sur ces sortes d'urines.*

1033. *Définition descriptive* (29. B.). — Sous le nom de *chylurie*, nous posons et envisageons ici, à titre de genre nosographique bien et dûment agrégé à la famille des flux, le cas assez rare, mais assurément fort remarquable, dans lequel un individu rend cette sorte particulière d'urines que l'on nomme *urines chyleuses* (240. C. γ.), c'est-à-dire des urines qui non seulement ont les apparences physiques, l'aspect laiteux du chyle, mais qui, de plus, à l'examen chimique et microscopique, se montrent albumino-graisseuses, avec ou sans mélange de globules pareils aux globules sanguins. C'est particulièrement lors de la présence d'une certaine quantité des susdits globules que la dénomination d'*urines chyleuses* est parfaitement applicable : caractères physi-

ques, réactions chimiques, apparences microscopiques, tout alors se présente exactement comme si l'on avait devant soi une urine où l'on eût réellement mêlé du chyle en nature.

Tantôt les urines chyleuses ont, à l'instant même de leur émission, la teinte opaline ou laiteuse qui leur est propre; tantôt, et même assez ordinairement, elles se montrent d'abord limpides et naturelles, ou tout au plus rosées et légèrement sanguinolentes, et ce n'est qu'après avoir été abandonnées à elles-mêmes pendant quelques heures qu'elles viennent à prendre cette teinte, et qu'avec cela, en outre, elles présentent un crémor (46. F. ζ.), très visible et très épais, formé par la matière grasse, et un sédiment, ou, pour mieux dire, une sorte de caillot blanchâtre ou sanguinolent, qui a très souvent une apparence gélatineuse, et qu'on a pu comparer alors à la gelée d'orange ou à la gelée de groseilles rouges. Ai-je besoin de dire que les urines chyleuses, en leur qualité d'urines albumineuses, donnent un coagulum par la chaleur et par l'acide azotique? Suivant M. Prout, au surplus, l'albumine y serait dans un état tout particulier. Et, pour ma part, je suis fort porté à croire que l'auteur anglais a grandement raison. Je suis fort porté à croire, en effet, que l'albumine est là dans un état bien près de l'état de fibrine; qu'en un mot, elle est là telle que la contient et la comporte la constitution des globules sanguins. C'est à la matière grasse que les urines chyleuses doivent leur aspect laiteux; emparez-vous, au moyen de l'éther, de toute cette matière grasse; elles resteront limpides et transparentes. Quant à la présence, dans ces urines-là, de globules analogues ou semblables aux globules sanguins, on la constate très facilement par l'inspection microscopique : et bien entendu aussi qu'on voit ces globules se dissoudre et disparaître dans un peu d'acide acétique.

Comme, en cas de chylurie, la quantité des urines n'est pas toujours, tant s'en faut, surabondante et excessive, on peut, au premier abord, trouver étrange que j'aie rangé cette affection-là parmi les flux. Assurément, ici, la sécrétion urinaire est plutôt pervertie qu'exagérée; l'altération des urines est ce qu'il y a de plus frappant. Toutefois, réfléchissons un peu, et rappelons-nous bien en quoi consiste cette altération. Or, dans le cas en question, l'urine, indépendamment des principes qui la composent ordinairement, contient de l'albumine et des globules, ce qui est tout-à-fait en dehors de sa constitution normale, et une proportion considérable d'une matière grasse, qui n'y existe normalement, si même elle y existe, qu'en proportions vraiment minimes. Il y a donc là une supersécrétion dans toute la force du terme. Donc, en toute rigueur, à ce qu'il me semble, la chylurie rentre logiquement dans la famille nosographique des flux tels que nous les avons posés et définis. Après tout, encore une fois, je ne me pique pas d'un purisme impos-

sible en fait de classification. Et, s'il faut le confesser, je m'émeus très peu, par exemple, d'une critique qui me blâme d'avoir rangé le pemphigus (333-4) parmi les inflammations cutanées plutôt que parmi les fièvres éruptives, et qui n'aurait pas manqué, j'en suis sûr, de me blâmer autant, peut-être même davantage, s'il m'eût plu de le ranger parmi les fièvres éruptives plutôt que parmi les inflammations cutanées. En fait de classification, la critique peut s'en donner à cœur joie sur tout ce qu'il y a nécessairement d'arbitraire et de défectueux, à cet égard, dans les traités didactiques. Mais, pour composer de semblables ouvrages, et c'est là, j'ose le dire, un labeur vraiment méritoire, force est bien de distribuer d'une façon quelconque, et parfois même, au besoin, très arbitrairement, les divers objets que nous avons à étudier.

1034. *Étymologie.* — Littéralement, et à la rigueur, le terme de chylurie équivaut à dire un pissement de chyle. Mais si nous adoptons ce terme, ce n'est pas du tout que nous pensions des urines chyleuses ce qu'en ont pensé certains vieux auteurs, ce que, par exemple, un nommé Klug, cité par Ploucquet (*Liter. med.*, art. *Chyli effluxus. Chylorrhœa*), n'a pas craint d'affirmer dans une dissertation intitulée : *De fluxu chyli in fluore muliebri, gonorrhœa, cœliaca,* URINIS LACTEIS *et lactis abundantia* (Altd. 1675), et ce que, même, ne sont pas éloignés d'en professer, quoique sous forme dubitative, quelques uns de nos contemporains. Non, nous ne pensons pas qu'il soit possible au chyle d'être transporté en nature jusqu'aux reins, et d'être éliminé avec l'urine, pas plus qu'avec les sécrétions catarrhales du vagin, de l'utérus, de l'urètre ou de l'intestin. Ce n'est donc qu'avec une certaine restriction du sens étymologique que le terme de chylurie doit être entendu. Est-ce, en vérité, une restriction par trop abusive que d'appeler chylurie la miction, non pas assurément du chyle même, mais d'une urine chyleuse, c'est-à-dire d'une urine qui, par un vice de sécrétion dont le mécanisme ne nous est pas encore parfaitement connu, a, jusqu'à un certain point, l'aspect du chyle, et contient les élémens principaux de cette humeur récrémentitielle ; savoir, des globules analogues aux globules sanguins, de l'albumine, et une matière grasse ?

1035. *Synonymie.* — A. *Pyuria lactea*, de Sauvages (class. IX, gen. XXVIII, — sp. 7 et 8, par un double emploi *fort peu méthodique*). — Diabète laiteux, de divers auteurs. — Polyurie caséeuse, d'Alibert (*loc. cit.*). — Ceux-là se sont étrangement mépris, sans aucun doute, qui ont signalé, sous ces divers noms, la prétendue existence d'urines où l'apparence laiteuse eût été autre chose qu'une apparence, où les principes propres du lait fussent réellement présens, non pas, bien entendu, par une addition frauduleuse et faite après coup, mais par

l'effet naturel d'une sorte de sécrétion métastatique, et pour ainsi dire égarée. Point d'exemple authentique qu'une urine, recueillie à l'instant même de la miction sous les yeux d'un observateur vigilant et sévère, ait jamais offert à l'examen microscopique les globules du lait, ce qui serait pourtant le seul caractère décisif pour compter la sécrétion d'urines véritablement laiteuses, la *galacturie*, au nombre des réalités pathologiques. Mais, au contraire, tout porte à penser que ceux qui ont cru rencontrer un cas semblable, eurent l'impardonnable légèreté de se faire une opinion d'après le seul aspect du liquide urinaire, — ou bien, plus savamment, mais sans beaucoup plus de titre et de raison, sous l'empire d'une idée préconçue, prirent pour du caséum un coagulum albumino-fibrineux (1032), — ou bien, enfin, qui pis est, dans un trop naïf excès de crédulité, se laissèrent duper par la supercherie et la fable de quelque coureuse d'hôpital, de quelque hystérique à imagination bizarre et déréglée.

B. *Glus*, de Linné (66), genre CXCIX.

C. Diabète chyleux, de divers auteurs.

1036. *État de la santé générale en cas de chylurie.* — La chylurie seule, la chylurie pure et simple, n'implique nullement contradiction avec la jouissance de ce qu'on nomme communément une bonne santé, avec l'accomplissement facile et régulier de toutes les fonctions importantes de l'économie. Ordinairement, même, il n'y a aucune espèce de douleur et de malaise du côté des reins, aucune apparence de dysurie. Les urines ont, à l'instant même de la miction, ou prennent, au bout de quelque temps, un aspect étrange : voilà tout, voilà ce qui inquiète et tourmente l'esprit des personnes ainsi atteintes, tout en ne leur causant que peu ou point d'incommodité physique.

1937. *Marche et durée de la chylurie.* — En général, la chylurie est une affection chronique et souvent même interminable. Comme elle ne trouble que peu ou point la santé générale (1036), il s'ensuit qu'elle peut très bien durer plusieurs années, voire même plusieurs lustres, et se prolonger depuis l'enfance jusqu'à une extrême vieillesse. Ce n'est pas qu'on ne l'ait vue bien des fois guérir et disparaître, sous l'influence de certaines médications, ou par les seuls ressorts de la force médicatrice. Dans quelques cas, il est vrai, la guérison n'a été que temporaire, et la chylurie a récidivé au bout d'un temps plus ou moins court.

1038. *Un mot sur une altération particulière du sang, observée dans un cas de chylurie* — L'observation dont je veux parler est encore la seule et unique de cette sorte dans les annales de la science; mais assurément elle mérite bien d'être remarquée et mise en relief. Chez ce

jeune Brésilien, dont nous devons l'histoire à MM. Caffe et Rayer (1032), le sang, analysé par un de nos plus habiles chimistes, M. Guibourt, présenta dans sa composition de très notables différences avec l'état normal : il contenait moins de fibrine, plus d'albumine, et surtout beaucoup plus de matière grasse que le sang sain, et, par conséquent, il se rapprochait jusqu'à un certain point de la composition du chyle. Était-ce donc là une coïncidence accidentelle et fortuite? Ou bien, plutôt, un tel vice du sang serait-il en rapport constant de coexistence avec la chylurie, comme cela semble probable à M. Rayer (*loc. cit.*, p. 421)? Cette probabilité appelle et réclame des recherches ultérieures pour être décidément érigée en loi pathologique. Et, s'il en est ainsi, est-ce là un vice antécédent ou consécutif à la perversion de la sécrétion urinaire? La cause première du mal gît-elle en ce que le chyle versé dans le sang ne subirait qu'une transformation incomplète? Faut-il voir là une simple variété de cette loi hématologique en vertu de laquelle la défibrination du sang se montre liée aux hémorragies (176. C. — et 205. L.), puisque, après tout, la chylurie est bien des fois, si ce n'est même toujours, une suite de l'hématurie (1039)?

1039. *Étiologie.* — Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans bien des cas, la chylurie se développe deutéropathiquement à titre d'effet et de transformation d'une hématurie, surtout d'une hématurie habituelle, et notamment de l'hématurie endémique (240. C. γ.). Mais, d'un autre côté, parmi les cas d'urine laiteuse ou chyleuse qui ont été observés, non chez des Créoles, mais chez des Européens (abstraction faite, bien entendu, de tous les cas qui doivent, ou qui même à la rigueur peuvent être rejetés comme des cas d'urine purulente, *pyurie* de tous les auteurs, — ou d'urine alcaline et chargée de phosphates, *céramurie* de M. Robert Willis), à peine en trouve-t-on quelques uns à l'égard desquels il soit permis de soupçonner, d'après la relation donnée par l'observateur, que l'aspect laiteux ou chyleux de l'urine ait été précédé d'une véritable hématurie.

1040. *Diagnostic.* — Il importe, mais il est assez facile de bien distinguer les urines chyleuses d'avec trois autres sortes d'urines que je vais dire, et qui, au premier aspect, et faute d'un examen convenable, pourraient parfois être un objet de méprise.

Sachons donc, je le répète, les bien distinguer :

A. *D'avec les urines jumenteuses proprement dites* (46. F. ζ.), — urines qui contiennent un excès de phosphates ou d'urates en suspension, — urines blanchâtres qui se produisent quelquefois dans la néphrite (667), et dans d'autres conditions morbides que nous signalerons en temps et lieu, et qui se produisent aussi, quelquefois, dit-on, au milieu de la plus belle santé par l'effet d'une marche fatigante, faite immédiatement après

un repas copieux. Mais les urines jumenteuses sont alcalines au moment même de leur émission, et, partant, ramènent au bleu le papier de tournesol rougi; redeviennent transparentes par l'addition de l'acide azotique ou par l'action de la chaleur, double moyen de redissoudre le précipité salin qui les rend troubles; présentent à l'inspection microscopique le plus généralement une poudre amorphe (phosphate calcique), et par-ci par-là certaines cristallisations parfaitement reconnaissables (phosphate ammoniaco-magnésien, etc.): tandis qu'au contraire les urines chyleuses sont, le plus ordinairement du moins, encore sensiblement acides au sortir de la vessie, donnent par l'acide azotique et par la chaleur un coagulum albumineux, et offrent, sous le microscope, des globules analogues aux globules sanguins.

B. *D'avec les urines véritablement laiteuses*, — soit qu'il puisse y en avoir de telles naturellement, et par une espèce d'aberration sécrétoire que le grand physiologiste de l'Allemagne, M. Burdach, ne croit pas impossible (*Traité de physiologie*, traduit par M. Jourdan, t. VII, p. 244), soit qu'il n'y en ait pas d'autres que celles où le lait aura été ajouté par supercherie. Eh bien! ces urines-là, au rebours des urines chyleuses, donnent un coagulum par l'addition de l'acide acétique, cet acide qui a, comme on sait, pour propriété particulière de coaguler le caséum et de ne pas coaguler l'albumine. Rien de plus facile, au surplus, que de constater, à l'aide du microscope, la présence des globules laiteux.

C. *D'avec les urines purulentes*, — urines rendues en cas de pyélite (525. B. et D.), de néphrite (668. A. η. — et B. δ.), de cystite, etc. Mais, à part même la considération des symptômes antécédens ou concomitans, les urines purulentes se feront très bien reconnaître pour ce qu'elles sont, et surtout ne se laisseront pas confondre avec les urines chyleuses: 1° parce qu'elles ne tardent pas à déposer, au fond du vase où on les abandonne à elles-mêmes, une couche plus ou moins épaisse de pus, et non pas une sorte de coagulum fibrineux ou gélatineux; 2° parce qu'elles ne présentent point non plus, en se refroidissant, un crémor très apparent de matière grasse; 3° enfin, parce que, dans les cas les moins bien dessinés, l'œil exercé aux recherches microscopiques sait toujours apercevoir les globules du pus.

1041. *Thérapeutique.* — A. Les médecins du Brésil et ceux de l'Ile de France s'accordent à recommander, pour le traitement de la chylurie, les bains de mer, les ferrugineux, la diète analeptique, le quinquina, le ratanhia et autres astringens; et, au besoin, si le cas est opiniâtre, ils conseillent l'émigration dans un climat tempéré ou froid.

B. L'administration intérieure de la teinture de cantharides paraît

avoir quelquefois réussi à hâter la guérison de la chylurie : ce qu'on ne serait guère en droit de présumer *à priori*.

ARTICLE XI.

LEUCORRHÉE.

(Modern., — de ῥόος λευκός, Hipp., — mot à mot, *flux blanc*.—Voir ci-dessus, article II.)

1042. *Bibliographie.*—SAUVAGES. (*Nosol. meth.*, class. IX, *Fluxus*, gen. XXIX, *Leucorrhœa.*) — Sp. 5, *L. Americana* (c'est la leucorrhée de la chlorose) ; — Sp. 9, *L. Nabothi* (c'est la leucorrhée de la grossesse).

BLATIN. *Du catarrhe utérin ou des fleurs blanches.* Thèse déjà citée (549.)

J.-P. FRANK. — (*De cur. hom. morb. epitome*) Class. V, *Profluvia* ord. II, *P. mucosa*, gen. II, *Medorrhœa*, — § 532 (*Medorrhœa fœminaria insons*).

PINEL et BRICHETEAU. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. XXVIII, p. 3-41.) — Art. *Leucorrhée.*

DUGÈS et madame BOIVIN. — (*Tr. prat. des mal. de l'utér. et de ses annexes.*) Sect. VI, chap. VII, *Flux muqueux de l'utérus.*

MARC D'ESPINE. *Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée.* (Dans les *Archives*, février 1836.)

LAGNEAU. — (Dans le *Répert.*, — t. XVIII, p. 23-44.) — Article *Leucorrhée.*

1043. *Définition.* — Par *Leucorrhée*, nous entendrons strictement les cas dans lesquels une supersécrétion de mucosités vaginales ou utérines, au point de constituer un écoulement décidément pathologique et plus ou moins incommode, s'opère, pour ainsi dire, par elle-même, idiopathiquement, sans se montrer aucunement liée à la présence d'une inflammation ni, encore bien moins, de quelque vice organique plus grave du vagin et de l'utérus.

Il y a donc là deux espèces à distinguer : 1° la leucorrhée vaginale ; 2° la leucorrhée utérine ; distinction d'autant plus indispensable en théorie que désormais, dans la pratique, elle peut, grâce au spéculum, être toujours ou presque toujours constatée de la façon la plus évidente. Chacune de ces espèces va, par conséquent, avoir son paragraphe ; chacune mérite, assurément, que nous en disions quelques mots en particulier.

Ai-je besoin de remarquer que, d'après les termes mêmes de notre

définition, la leucorrhée, bien et dûment séparée des écoulemens produits par une vaginite, une métrite, un cancer utérin, etc., ne doit pas non plus être confondue avec certaines supersécrétions utéro-vaginales tout-à-fait passagères, dont les femmes parlent à leurs médecins, comme aussi entre elles, sous le nom si vague et si banal de fleurs blanches, mais qui, toutefois, appartiennent à l'ordre normal ou peu s'en faut, et qui, chez telles et telles personnes, ne manquent jamais d'apparaître dans des circonstances toutes naturelles que chacun sait? La leucorrhée ne commence véritablement que là où la supersécrétion vaginale a lieu d'une façon presque continuelle, et avec une telle abondance que la femme soit obligée de se garnir de chauffoirs comme si elle avait ses règles; qu'elle ne puisse plus se regarder elle-même qu'avec un certain dégoût; et, enfin, qu'elle ait quelque raison de concevoir des inquiétudes sur la nature et les conséquences d'un semblable flux.

1044. *Étymologie.* — Ῥόος λευκός, en grec, veut dire, mot à mot, *flux* ou *écoulement blanc :* c'est par un sous-entendu, — consacré en quelque sorte ici, comme en tant d'autres occasions pareilles, pour ménager la pudeur féminine, — que cette dénomination désigna particulièrement un flux des parties génitales de la femme. Au même titre que Ῥόος ἐρυθρός (mot à mot *flux rouge*) était le nom de la ménorrhagie, et Ῥόος πυῤῥός (mot à mot *flux roux*) celui des pertes utéro-vaginales d'une teinte sanguinolente telles que les produit si souvent, par exemple, le cancer utérin, au même titre donc, et par la même synecdoque, mais en opposition avec les deux termes qui précèdent, le terme de Ῥόος λευκός servait à nommer toutes les autres pertes utéro-vaginales, non pas seulement, à la lettre, celles d'une couleur blanchâtre, mais toutes celles qui n'étaient ni rouges ni rougeâtres. Voyez plutôt, à cet égard, le IIe livre du traité pseudo-hippocratique *Des maladies féminines* (Γυναικείων τὸ δεύτερον).

1045. *Quelques remarques générales.* — A. La leucorrhée, telle que nous venons de la définir, est non seulement un cas bien réel, mais c'est un cas assez commun, plus commun que ne le croient ou ne semblent le croire ceux qui, à l'occasion d'un semblable flux, nourrissent et exploitent les terreurs imaginaires des femmes névropathiques et hypocondriaques. Lorsqu'on est à même, comme médecin d'hôpital, de se livrer journellement à la pratique des explorations spéculaires, et de faire aisément, en ce genre, des observations par centaines, on ne tarde pas à voir que, dans un certain nombre de cas, avec des écoulemens muqueux de toute nature, avec des écoulemens blanchâtres, jaunâtres, verdâtres, laiteux, glaireux, puriformes, inodores ou fétides, les tissus du vagin et du col utérin peuvent présenter les apparences les plus saines.

B. Tantôt la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine existent toutes deux ensemble, tantôt elles se montrent séparément. En général, à l'aspect même de l'humeur qui s'écoule par la vulve, et dont je décrirai ci-après (1046 et 1047) les différens caractères, on reconnaît très bien quelle en est la source, on reconnaît très bien si c'est le vagin ou l'utérus qui se trouve atteint de supersécrétion. Rien de plus facile, aujourd'hui, grâce au spéculum, que de prendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait, et que de constater maintes et maintes fois, par nos propres yeux, l'origine des divers écoulemens leucorrhéiques. Mais, à ce propos, je me fais un devoir de rappeler que jamais, dans le mince intérêt d'un semblable diagnostic, et seulement pour satisfaire une curiosité scientifique, il ne faut soumettre, j'allais dire condamner, aux investigations du spéculum les filles impubères et les vierges. Ce qui m'inspire ici cette réflexion, c'est que l'un des auteurs dont j'ai cité et mis à profit les estimables recherches, M. Marc d'Espine, nous dit (*loc. cit.*, p. 174) avoir pratiqué, chez deux jeunes filles encore impubères, huit explorations par le spéculum : il nous le dit sans autre explication, comme s'il s'agissait de la chose la plus simple et la plus naturelle, et comme s'il n'y avait pas eu là quelque raison particulière qui justifiât entièrement, j'en suis bien sûr, cette dérogation à une règle sacrée de conduite médicale. Mais, en vérité, sauf une urgence impérieuse dans l'intérêt seul de la personne malade, il n'est pas même permis de pratiquer le toucher vaginal en cas de virginité, soit réelle, soit présumée ou prétendue. « *Est magnum crimen perrumpere virginis hymen :* » ainsi les médecins du vieux temps disaient-ils, dans un vers technique jadis fort célèbre, qui choquait, il est vrai, la grammaire et la prosodie, mais qui n'en avait pas moins le mérite de formuler brièvement un précepte imprescriptible pour la pratique de notre art.

C. La leucorrhée se rencontre bien des fois avec un état général d'asthénie, d'anémie, de chlorose, c'est-à-dire chez des femmes languissantes, pâles, essoufflées, et lasses pour si peu qu'elles se remuent, sujettes à la gastralgie, etc., etc. C'est là ce que les auteurs nomment une *leucorrhée constitutionnelle*. Mais, quant à moi, je ne crois guère qu'une leucorrhée simple, qu'une leucorrhée proprement dite puisse jamais être la cause principale, encore moins la cause unique, qui mine et qui délabre la constitution entière. Ce que je tiens plutôt pour vrai, au contraire, c'est que la diathèse chlorotique est une condition éminemment propre à favoriser le développement de la leucorrhée, qui ne me paraît jouer, en pareil cas, que le rôle d'un épiphénomène. Jamais, à ce qu'il me semble du moins d'après les observations de ma pratique, les déperditions leucorrhéiques ne sont assez abondantes pour produire, à elles seules, un affaiblissement considérable et un véritable épuise-

ment de l'économie. Si certains auteurs en ont jugé autrement, c'est que, dans leur opinion, sans aucun doute, la nature de l'humeur sécrétée était beaucoup plus précieuse qu'elle ne l'est réellement ; c'est qu'ils s'imaginaient voir là autre chose qu'un simple flux de mucosités ; c'est qu'ils commettaient à l'égard de la leucorrhée une erreur analogue à celle qui régna si longtemps dans les écoles concernant les écoulemens urétraux de l'homme, et qui qualifiait de gonorrhée ces écoulemens, comme si c'eût été un véritable flux de liqueur séminale (532).

D. Quand la supersécrétion de mucosités utérines ou vaginales n'est qu'un accident passager, c'est à peine si elle mérite quelque intérêt de la part du pathologiste. Ce n'est qu'à titre de flux chronique que la leucorrhée a vraiment droit de réclamer l'attention et les soins de la médecine.

E. La pathogénie de la leucorrhée me paraît devoir être conçue et expliquée des deux façons que voici :

α. Premièrement, *sans inflammation prodromique*. Dans certains cas, en effet, il n'est possible d'accuser, parmi les antécédens de la femme atteinte de leucorrhée, que le renouvellement trop fréquent des excitations diverses sous l'influence desquelles s'opère naturellement, et sans sortir encore de l'ordre physiologique proprement dit, une supersécrétion utérine ou vaginale. Lors même qu'elles ne vont pas jusqu'à entraîner à leur suite une véritable inflammation, de semblables excitations peuvent fort bien à la longue établir l'existence d'une leucorrhée. La supersécrétion utérine ou vaginale, à force de se répéter physiologiquement, mais trop souvent, et pour ainsi dire coup sur coup, finit par devenir une habitude décidément pathologique de la membrane muqueuse.

β. Secondement, dans d'autres cas, c'est *à la suite d'une inflammation ;* c'est après le règne plus ou moins long d'une vaginite ou d'une métrite : ce qui rentre dans la loi générale, que j'ai posée plus haut, et que depuis j'ai bien des fois rappelée et invoquée, de la dégénération insensible des inflammations muqueuses en flux catarrhaux (299. Q).

§ I. De la Leucorrhée vaginale.

1046. *Bref aperçu.* — Au lieu de *leucorrhée vaginale*, si je n'hésitais pas devant le reproche de néologisme, peu s'en faudrait que je ne proposasse de dire : *Elytrorrhée* (voir chap. IV, art. XXIX ; — et, dans le présent chapitre, art. II). Par là, en effet, non seulement nous aurions l'avantage de désigner d'un seul mot le flux en question, mais encore nous couperions court à toute possibilité d'amphibologie : car il est vrai d'avouer que le terme de leucorrhée, créé avant les distinctions précises et rigoureuses que les progrès de la nosographie ont dû établir

entre les supersécrétions phlegmasiques et les supersécrétions essentielles, conserve toujours dans l'usage commun quelque chose de vague et de banal.

Aimerait-on mieux, par hasard, la dénomination de *Blennélytrie simple*, l'un de ces néologismes si nombreux, et aujourd'hui si oubliés, de la *Nosologie* d'Alibert (546. A) ?

Quoi qu'il en soit, rien de plus facile à rencontrer et à constater que la leucorrhée vaginale, telle que nous devons l'entendre et la considérer ici. M. Marc d'Espine, par exemple, dans l'intéressante statistique qu'il recueillit en assez peu de temps, compte dix-huit cas où il avait rencontré des supersécrétions vaginales de différente nature avec une muqueuse d'un rose pâle, sur un relevé de quarante-deux femmes, dont les vingt-quatre restantes n'offraient aucune espèce d'écoulement leucorrhéique (*loc. cit.*, p. 180). De ces dix-huit cas, onze présentèrent un liquide d'un blanc crémeux; un seul, une sorte de matière caséeuse; cinq, une humeur jaune et puriforme (un autre ne figure en quelque sorte que pour mémoire, puisque le caractère particulier n'en avait pas été spécifié dans les notes de l'observateur). Ce qu'on peut, en effet, professer affirmativement, tel est du moins mon sentiment et celui de beaucoup de praticiens très expérimentés, c'est que le plus ordinairement, dans la leucorrhée vaginale, l'humeur qui s'écoule a toutes les apparences du lait, et mérite littéralement le nom de flueurs blanches. Et, lorsque, par exception, elle est jaunâtre ou verdâtre, toujours est-il qu'elle a généralement une fluidité en quelque sorte laiteuse, jamais la cohésion glaireuse qui est le propre de la leucorrhée utérine.

J'ai déjà dit ailleurs, et je crois bon de le répéter ici, combien la vaginite chronique est sujette à dégénérer en flux catarrhal (546. E.), combien il importe de la combattre avec soin et persévérance (548. C.) pour prévenir la fâcheuse incommodité d'une leucorrhée opiniâtre et interminable.

Au surplus, la leucorrhée vaginale peut être traitée avec succès, considérablement atténuée ou même complétement déracinée par un emploi habile et prolongé des mêmes moyens de médicamentation astringente que j'ai indiqués contre la vaginite chronique (548. D.), et que je me dispense d'énumérer de nouveau.

§ II. De la Leucorrhée utérine.

Synonym. : — Hystérorrhée (voyez Ploucquet, *Literat. med.* art. *Fluor albus*).

1047. *Bref aperçu.* — Le type de la leucorrhée utérine est dans l'émission plus ou moins fréquente de ces glaires, semblables au blanc d'œuf, qui se produisent si communément chez les femmes nerveuses, douées

d'un tempérament érotique (80. C. γ.), et surtout atteintes d'hystérie. Je n'hésite pas, pour ma part, à répéter, avec M. Marc d'Espine (*loc. cit.*, p. 184), qu'un tel écoulement de l'utérus « est deux fois plus fré» quent lorsque l'orifice du col est parfaitement sain que lorsqu'il est » ulcéré. » Je ne crains guère d'être contredit, à cet égard, par ceux qui, soit à l'hôpital, soit en ville, auront eu occasion de s'éclairer par un grand nombre d'observations spéculaires. Entre les mains du praticien sage et consciencieux, le spéculum, plutôt que d'autoriser à tout propos l'emploi de remèdes violens, l'intervention du fer, du feu et des plus atroces caustiques, est bien des fois, en vérité, un moyen de se raffermir dans un système de médecine expectante et douce, de se rassurer complétement sur la bénigne nature de flueurs et de douleurs utérines qui sont l'épouvantail des imaginations féminines.

Indépendamment des cas dans lesquels la leucorrhée utérine s'établit par le simple fait d'une trop fréquente surexcitation de la sécrétion naturelle (1045. E. α.); indépendamment aussi de ceux dans lesquels elle se montre comme une suite et une transformation de la métrite catarrhale passée à l'état chronique (552. C. 6. — et 1045. E 6.), il me semble à propos de signaler particulièrement à l'attention de nos lecteurs la variété de leucorrhée utérine qui se développe sous l'influence de la grossesse, et que Sauvages a posée en espèce à part sous la dénomination de *Leucorrhée de Naboth* (1042). Non pas que nous prétendions attribuer au domaine de la pathologie la sécrétion de ces glaires qui, chez toutes les femmes grosses, s'écoulent avec plus ou moins d'abondance quelques jours avant l'accouchement, et à la production desquelles les follicules mucipares de l'intérieur du col utérin, nommés autrefois *glandes de Naboth* [1], ont une très grande part. C'est là un phénomène tout-à-fait régulier, et qui ne doit pas du tout être envisagé comme un cas pathologique. Mais il arrive quelquefois que, longtemps même avant le terme de la grossesse, une pareille supersécrétion survienne et s'opère dans des proportions énormes, au point de constituer évidemment un phénomène pathologique, et de réclamer même quelques soins thérapeutiques qui fassent du moins cesser ce que cette déperdition a d'excessif.

[1] Chose singulière et digne de remarque! Bizarre caprice de la renommée! Si, dans le siècle dernier, Martin Naboth, professeur de l'université de Leipsick, obtint l'honneur d'attacher son nom aux follicules dont il s'agit, ce n'est pas pour les avoir découverts; c'est pour avoir soutenu à leur égard une erreur bien étrange et bien inconcevable; c'est pour leur avoir attribué la fonction qu'il niait aux ovaires; c'est, en un mot, pour avoir rêvé que, lorsque ces follicules se montrent dilatés en forme de vésicules globuleuses, on a là devant soi les véritables ovules qui servent à la reproduction de l'espèce.

Quant à ce qui concerne les médications qu'il convient de mettre en œuvre contre les leucorrhées utérines, je ne pourrais que répéter tout ce que j'ai recommandé contre la métrite leucorrhéique chronique (556). Injections astringentes; fumigations balsamiques, etc.

ARTICLE XII.

SPERMATORRHÉE.

(Auteurs contemporains. — De Σπέρμα, gen. Σπέρματος, sperme. — Voir ci-dessus, art. II.)

1048. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — Dans le IIe livre du *Traité des maladies* (Περὶ νούσων); édit. Kuhn, t. II, p. 265-6. — « Phthisie dorsale (Φθίσις νωτιάς). La phthisie dorsale provient de » la moelle épinière. Elle attaque surtout les nouveaux mariés et les » libertins. Point de fièvre; bon appétit, et pourtant dépérisse» ment. Interrogez le malade : il lui semble, dira-t-il, que des » fourmis lui parcourent de haut en bas l'épine du dos. Et, lorsqu'il » urine ou qu'il va à la selle, il y a écoulement d'un sperme abon» dant et fluide : la génération n'est pas possible; il a des pollutions » nocturnes, qu'il soit ou non couché avec une femme, etc. »

— Dans le VIe livre des *Épidémies :* édit. Kuhn, t. III, p. 629. — « Un nommé Satyre,...... à l'âge de vingt-cinq ans, devint sujet » à une fréquente répétition de pollutions nocturnes. Souvent » même il avait des pollutions dans le jour. A trente ans, il tomba » en consomption et mourut. »

ARÉTÉE. — Dans le IIe livre du *Traité des causes et des signes des maladies chroniques* (150), chap. V, *De la gonorrhée* (Περὶ γονοῤῥοίας).

— Dans le IIe livre du *Traité de la cure des maladies chroniques*, chap. V, *Cure de la gonorrhée* (Θεραπεία γονοῤῥοίης).

ORIBASE. — (Dans son Συνόψις, — ouvrage dont le texte grec n'a jamais été imprimé, mais dont Rasario a publié la traduction latine. Voyez les *Oribasii opera*, Bâle, 1557, in-8°). — Livre IX, chap. 40. Là, l'auteur recommande, dans le but de prévenir les pollutions nocturnes et de rompre cette funeste habitude de l'organisme, l'emploi de divers moyens qui sont certainement fort bons.

SAUVAGES. — (*Nosol. method.*, class. IX, *Fluxus*, gen. XXX, *Gonorrhœa.* — Genre où cet auteur confond la spermatorrhée avec les écoulemens puriformes de l'uréthrite). — Sp. 1, *G. pura* (où se trouvent confondus avec les pollutions diurnes les écoulemens des uréthrites légères et non virulentes); — sp. 2, *G. libidinosa* (satyriasis très singulier, dit l'auteur; — pollutions diurnes s'opérant

dans le relâchement du pénis, mais chez un individu sujet à éprouver, par l'effet de la continence, de fréquentes érections sans éjaculation) ; — sp. 3, *G. onirogonos* (pollutions nocturnes).

WICHMANN. *De pollutione diurnâ, frequentiore sed rarius observatâ, tabescentiæ causâ.* Gottingue, 1782, in-8°. — Traduction française, avec des notes, par Sainte-Marie. Lyon, 1814, in-8°.

J. P. FRANK. — (*De cur. hom. morb. epitome*). Class. V, ord. II. gen. 3, *Gonorrhœa.*

BÉGIN, — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat*, — t. XIII, p. 434-41). — Art. *Pollution.*

DESLANDES. *De l'onanisme et des autres abus vénériens, considérés dans leurs rapports avec la santé.* Paris, 1835, in-8°.

LALLEMAND. *Des pertes séminales involontaires.* Paris, 1837-41, 3 vol. in-8°.

CIVIALE. — (*Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1837-42, 3 vol. in-8°) — T. II, p. 127-222 (Recherches sur les maladies des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs).

RAIGE-DELORME. — (Dans le *Répert.*, — t. XXVIII, p. 491-519). — Art. *Spermatorrhée.*

1049. *Définition.* — Sous le nom de *Spermatorrhée*, nous désignons les pertes de sperme faites sans le concours de la volonté, et décidément pathologiques par leur excessive fréquence ou par leur mode de production.

Motivons et développons cette définition par les considérations qui suivent :

1° Tant que les pertes de sperme ont lieu volontairement, c'est-à-dire par le coït ou par la masturbation, si excessives qu'elles soient, il n'y a pas lieu de les qualifier de spermatorrhée ; il n'y a rien de pathologique dans leur fait même ; il y a là un abus de soi-même, qui parfois, il est vrai, est amené par l'influence d'une véritable maladie, et qui toujours, assurément, amène à sa suite un déplorable cortége de phénomènes morbides, mais qui, après tout, encore un coup, à le prendre isolément, à le considérer en dehors de ses causes et de ses effets, n'est autre chose qu'un accident de l'ordre physiologique.

2° L'émission du sperme peut avoir lieu involontairement, dans un certain mode et dans une certaine mesure, sans être encore un phénomène décidément pathologique, et qui doive être stigmatisé du nom de spermatorrhée. Si le sperme, une fois accumulé dans les vésicules séminales, n'est pas régulièrement évacué selon les vœux de la nature, qui

convie impérieusement l'homme à l'acte de la génération ; si la volonté humaine, par un motif quelconque, résiste aux inspirations de l'instinct érotique; alors on voit survenir pendant le sommeil, et avec les songes lascifs, ce que l'on nomme les pollutions nocturnes, qui se renouvellent plus ou moins souvent, plus ou moins rarement, suivant l'âge, la constitution, le régime de vie et les mœurs de l'individu. Bien plus, il se peut que dans l'état de veille, quelquefois aussi,—mais, il est vrai, très rarement, — l'érection se fasse suivre d'une éjaculation pour ainsi dire spontanée, c'est à savoir, sans coït, sans masturbation, mais sous la simple influence de l'imagination, — à côté, par exemple, d'une femme qu'on aime et qu'on désire, — en présence de spectacles voluptueux, de danses lascives, etc.,—voire même au seul souvenir de l'objet aimé,— à la seule pensée de l'union des sexes, cette pensée fût-elle rapide comme un éclair dans l'esprit de ceux qui la repoussent et la chassent à titre de péché mortel. Ce qui, du reste, provoque et multiplie les retours des pollutions nocturnes en cas de continence habituelle ou temporaire, — ai-je besoin de le dire ? — c'est une alimentation analeptique, un large usage des boissons spiritueuses, une vie oisive, molle et sans fatigues musculaires, c'est la fréquentation familière et intime des personnes du sexe, c'est l'amour, ce sont les lectures obscènes, la contemplation des tableaux érotiques, les conversations licencieuses, ce sont les longs sommeils et le décubitus en supination sur un lit mou, surtout sur un lit de plume. Après tout, tant que les pollutions nocturnes ne se répètent pas jusqu'à produire une perte véritablement excessive de sperme, tant qu'elles n'apportent aucun détriment à la santé, ce n'est donc point là, à parler proprement, un cas de spermatorrhée.

3° Les pollutions nocturnes, qui dans de certaines limites sont assurément, comme nous venons de le reconnaître, une évacuation physiologique, une espèce de besoin naturel, viennent-elles, tout en se produisant toujours dans leur mode régulier, à se réitérer outre mesure, et de sorte que, chez un sujet donné, elles soient tout-à-fait incompatibles avec la conservation d'une bonne santé, et qu'elles amènent un état d'affaiblissement et de consomption : dès lors, évidemment, elles ressortissent au domaine de la pathologie. Il y a là un flux décidément morbide, il y a là une spermatorrhée dans toute la force du terme.

4° Enfin, ce qui est pire que l'excessive fréquence des pollutions régulières, c'est lorsque l'évacuation du sperme se produit dans un mode tout-à-fait en dehors de l'ordre normal; c'est lorsque, par exemple, même dans l'état de veille, elle survient sans une érection complète et sans un vif sentiment de volupté, sous l'influence des excitations érotiques les plus légères et les plus insignifiantes. A un plus haut degré de

mal, mais par bonheur beaucoup plus rarement, il arrive que, durant le sommeil ou la veille indifféremment, le sperme s'écoule de l'urètre, non seulement sans aucune participation de l'imagination à la production de cette excrétion, mais même sans le moindre vestige de sensation voluptueuse, sans la moindre apparence d'érection. Ce dernier et si grand degré de la spermatorrhée avait été nié par quelques auteurs : mais, attesté depuis longtemps déjà par des observateurs éminens, et, entre autres, par Pierre Frank, qui nous en rapporte deux exemples recueillis dans sa propre pratique, il ne saurait être, aujourd'hui surtout, révoqué le moins du monde en doute depuis les nombreuses observations que M. Lallemand a faites en ce genre.

1050. *Synonymie.* — Gonorrhée des anciens : terme étymologiquement très exact, mais tombé en un juste discrédit par suite de l'erreur grave qui s'y est longtemps attachée, et pour ainsi dire incorporée par rapport à l'uréthrite (532). — Pertes séminales involontaires. — Pollutions nocturnes et diurnes.

1051. *Symptomatologie.* — A. Quant au symptôme pathognomonique, la sortie du sperme, il me reste peu de chose à en dire après les développemens que je viens de donner à la définition même du flux en question. Les lecteurs connaissent maintenant les principales variétés de la spermatorrhée. Dans le plus haut degré du mal, c'est particulièrement pendant les efforts, même les plus légers, d'exonération alvine, et pendant la miction, que s'échappe un flot abondant d'un sperme fluide, comme l'avait fort bien et fort précisément signalé l'auteur du traité pseudo-hippocratique ci-dessus cité (1048). C'est qu'alors le sperme, par le pur et simple effet d'une pression mécanique, s'écoule facilement des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs, soit à raison de sa trop grande fluidité, soit à raison du relâchement des orifices qui, dans l'état sain, ne lui livrent passage qu'à de certaines conditions. Nul doute, au surplus, qu'avec ce sperme il n'y ait une quantité plus ou moins considérable d'humeur prostatique. Mais enfin le point capital, la chose vraiment déplorable, c'est la perte journalière et tout-à-fait vaine d'une humeur aussi précieuse que le sperme. Dans les commencemens de la spermatorrhée, le sperme conserve bien encore toutes ses qualités; il est parfaitement reconnaissable par son odeur, sa couleur et sa consistance ; l'inspection microscopique n'y trouve rien à redire au nombre et au volume des animalcules. Mais plus tard, il devient de moins en moins épais, de moins en moins caractérisé, à telles enseignes que, à la vue simple, il ne peut pas être sûrement reconnu pour ce qu'il est : d'après les observations microscopiques de M. Lallemand, les zoospermes sont alors moins vivaces; on les trouve morts quelques minutes après leur expulsion ; ils peuvent être d'un quart ou d'un tiers plus pe-

tits qu'à l'état normal ; leur queue est difficile à distinguer avec un grossissement de trois cents fois. Plus tard encore, suivant le même observateur, les zoospermes deviennent rares, et même disparaissent, quoique la liqueur ait encore l'odeur spermatique ; à leur place, on ne retrouve que des globules sphériques ou ovoïdes.

B. Dans les degrés les plus élevés de la spermatorrhée, l'homme se trouve frappé d'impuissance, comme l'école de Cos l'a aussi enseigné (1048). Veut-il faire une tentative de coït, aussitôt il répand son sperme dans une érection incomplète et à moitié commencée, ou bien même sans aucune apparence d'érection ; il le répand ainsi, à sa grande honte, avant même d'avoir pu accomplir la moindre ébauche de congrès, eût-il affaire avec une femme des plus complaisantes et des plus aisées à vaincre. Que sera-ce donc, s'il a l'infamie d'unir ses destinées à une épouse jeune et vierge ? Et, lors même que subsiste encore une certaine possibilité d'accouplement, mais que le sperme est profondément altéré, presque séreux, sans animalcules ou avec des animalcules imparfaits, il est plus que probable, en vérité, que la fécondité du mariage ne peut avoir lieu en pareil cas.

C. La spermatorrhée a pour effet constant et inévitable de produire l'anémie, ainsi que je l'avais déjà formellement annoncé (166. B. α.). Inutile de répéter ici tous les symptômes divers qui, à un tel titre, peuvent accompagner la spermatorrhée (164. A.-G.). Sans fièvre et même avec un bon appétit, comme la description hippocratique de la phthisie dorsale ne manque pas non plus de le remarquer, les spermatorrhéiques maigrissent et s'affaiblissent de jour en jour, avec céphalalgie, anxiété, dyspnée, palpitations de cœur, tintemens d'oreilles, amblyopie, etc., etc.

D. Un fait certain, c'est que la spermatorrhée coexiste très ordinairement avec l'hypocondrie. Mais, s'il y a là, comme je le crois, un rapport de cause à effet, quelle est la cause? Est-ce la spermatorrhée, suivant la thèse si ingénieusement et si brillamment développée par M. Lallemand ? Et suffit-il de mettre fin aux pertes séminales involontaires par la cautérisation de la muqueuse urétrale, si tant est que cette cautérisation réussisse à les supprimer radicalement, pour voir par cela même l'hypocondrie disparaître? Comme le veut le savant et illustre pathologiste que je viens de citer, Jean-Jacques Rousseau, par exemple, ne fut-il hypocondriaque et poussé au suicide que parce qu'il était spermatorrhéique ? Ou bien, plutôt, ne serait-ce pas que l'hypocondrie doit, sinon toujours, du moins bien des fois, amener les pertes séminales involontaires, la déplorable habitude des pollutions nocturnes et diurnes, par l'effet de l'une des causes auxquelles nous devrons ci-après imputer le développement de cette habitude organique, par l'effet, veux-je dire, d'une continence mal entendue ? En règle générale, l'hy-

pocondriaque, sous l'empire des craintes perpétuelles qui le préoccupent à l'égard de sa santé, résiste le plus qu'il peut aux commandemens de l'instinct érotique; retenu par la peur des maux vénériens, voire même par la peur de la lassitude et de la tristesse qui succèdent au coït, il n'obéit point à la nature, et la nature se soulage par la voie des pollutions. Mais je m'arrête, et ne veux point anticiper sur l'histoire de l'hypocondrie, qui, dans notre plan, appartient à la section de *Nosographie symptomatique* (67. B. γ. — et 149.).

E. Il n'est pas impossible, mais, assurément, il est rare que les effets morbides de la spermatorrhée aillent au delà d'un certain degré de maigreur et de faiblesse, où ils se maintiennent ensuite d'une façon stationnaire (C.). Ce n'est que dans un très petit nombre de cas, et particulièrement, si ce n'est même exclusivement, dans les cas où la spermatorrhée est la suite et la punition des excès de masturbation et de coït, que l'on voit les spermatorrhéiques dépérir sans interruption avec les symptômes d'une myélite chronique (624. C. D. — et E. 𝔈.), phthisie dorsale de l'école hippocratique,—parfois avec ceux de la forme particulière d'encéphalite chronique que nous avons étudiée sous le nom de *Paralysie générale progressive* (619. C. γ.).

1052. *Étiologie.* — A. Ce que nous devons tout d'abord franchement reconnaître et proclamer, à titre de principe incontestable, c'est que deux conduites entièrement opposées, savoir, d'une part, la continence, et, d'autre part, l'abus de la masturbation ou du coït, se montrent à l'observateur comme deux causes très propres à entraîner à la longue l'habitude organique des pertes séminales involontaires. Ici, comme sous tant et tant d'autres points de vue, il est donc parfaitement vrai de dire que *les extrêmes se touchent.*

α. La *continence*, dans bien des cas, est la première cause à laquelle la spermatorrhée doive être imputée. Les hommes chez lesquels elle amène un semblable résultat sont surtout ceux que la nature a doués d'un tempérament érotique, et qui prétendent en vain le dompter et l'étouffer, non pas en poussant journellement les exercices du corps jusqu'à l'extrême fatigue, et en menant une vie d'athlète, ce qui serait le moyen le plus efficace, mais en consacrant de longues veilles aux études abstraites et aux méditations ascétiques. C'est aussi chez ceux qui font une très bonne chère, et qui n'évitent pas avec assez de soin toutes les circonstances capables d'allumer les feux de la concupiscence. Qu'advient-il à de telles gens? Les pollutions nocturnes se reproduisent fréquemment; les vésicules séminales se dégorgent mécaniquement de leur trop-plein, sous la pression qu'elles éprouvent dans les grands efforts d'exonération alvine; puis, petit à petit, les choses vont s'aggra-

vant quant à la réitération et à la facilité des pertes spermatiques, et quant à la nature même du sperme.

6. Dans d'autres cas, non moins incontestablement, c'est par l'*abus du coït ou de la masturbation* que l'homme devient en proie à la spermatorrhée. Et comment expliquer cela? Est-ce parce que les voies spermatiques, à force d'être irritées et hypérémiées par les trop fréquens retours de l'orgasme d'éjaculation, finissent par se trouver enflammées, érodées, ulcérées? Est-ce tout simplement à raison d'un relâchement des orifices par où s'échappe le sperme? Est-ce parce que les vésicules spermatiques, trop souvent désemplies, se contractent, se rétrécissent, au point de ne plus pouvoir retenir qu'une très petite accumulation du sperme que les canaux déférens y apportent sans cesse? Ou bien, et beaucoup plus simplement encore, est-ce par un surcroît d'excitabilité nerveuse que les organes ont acquis à la longue? Quoi qu'il en soit, il est évident que ces mêmes raisons, du moins pour la plupart, peuvent être invoquées aussi bien en ce qui concerne les pollutions de la continence. D'où l'on peut maintenant mieux comprendre comment, de deux points de départ tout-à-fait opposés entre eux, de deux genres de vie si différens l'un de l'autre, mais tous deux en désaccord avec les lois d'une sage et parfaite hygiène, la nature nous mène au même résultat, à la même infirmité ; tant se ressemblent, se rapprochent et convergent entre eux les effets, d'abord physiologiques, puis décidément pathologiques, successivement amenés par deux excès qui, au seul point de vue de l'hygiène, ne peuvent qu'être également désapprouvés, également confondus sous la qualification commune de véritables erreurs de régime !

B. Il me paraît hors de doute, comme l'ont professé la plupart des auteurs, que l'inflammation des voies spermatiques doit être reconnue pour une des causes organiques de la spermatorrhée. Voilà pourquoi nous ne manquerons pas de signaler, comme autant de causes éloignées qui peuvent contribuer au développement de ce déplorable flux, les diverses circonstances que voici : l'uréthrite, et surtout ses fréquens retours, la didymite, l'opération de la taille, une contusion violente du périnée, l'équitation longtemps prolongée, surtout à poil ou sur une selle incommode et dure, l'emploi des substances aphrodisiaques, et surtout des cantharides. Mais, malgré l'immense autorité de M. Lallemand sur notre esprit, nous ne pouvons guère admettre et professer, avec ce savant observateur, que l'inflammation soit la condition unique ou presque unique de la spermatorrhée. Comme autant de causes organiques d'un tel flux, à non moins de titre que l'inflammation, nous accusons le rétrécissement excessif des vésicules séminales, la dilatation

des conduits éjaculateurs, et surtout de leurs orifices urétraux, la trop grande fluidité du sperme par vice protopathique de la sécrétion, etc.

1053. *Diagnostic.* — Il est des cas, on vient de le voir ci-dessus, dans lesquels la spermatorrhée, loin de pouvoir être dénoncée tout d'abord au médecin par les aveux du malade, se passe d'une façon obscure et pour ainsi dire latente, et n'est diagnostiquée qu'autant qu'on y apporte un certain degré d'attention. Il est rare que les malades la dissimulent; mais beaucoup d'entre eux la méconnaissent, s'en aperçoivent à peine, n'y attachent aucune importance, n'en parlent pas du tout, et se préoccupent entièrement d'autres maux sur le compte desquels ils mettent tout ce qu'ils sentent de dérangé dans leur santé.

Pour ne pas confondre la spermatorrhée avec les écoulemens chroniques de l'urètre et de la prostate, rappelons-nous que ces écoulemens-là ont lieu très souvent d'une façon continue, et toujours d'une façon lente et goutte à goutte, tandis qu'au contraire le sperme, même évacué sans érection, sort subitement en quantité notable chaque fois, jamais goutte à goutte, et encore moins sous forme d'écoulement continu. La spermatorrhée existe-t-elle en complication avec une blennorrhée urétrale : il peut y avoir alors un suintement continuel, mais au milieu duquel les pertes spermatiques se font remarquer par leur soudaine et brusque apparition, soit toute spontanée, soit due à l'exonération alvine ou à quelque autre effort, sans compter que presque toujours elles offrent une odeur particulière et caractéristique, et qu'enfin tous les doutes peuvent être levés par l'investigation microscopique, qui démontre, dans l'humeur écoulée, l'existence des zoospermes.

A-t-on affaire à ce qu'on peut appeler des pollutions internes, c'est-à-dire à un de ces cas dans lesquels le sperme, à cause d'un rétrécissement urétral situé en avant du *veru montanum* (où viennent s'ouvrir, comme on sait, les conduits éjaculateurs), ne sort pas immédiatement de l'urètre, mais n'en est expulsé qu'avec l'urine : un cas semblable, il faut l'avouer, peut être aisément méconnu. Cependant, si, chez un homme qui s'affaiblit, qui maigrit et qui devient impuissant, on ne découvre dans les plus importans viscères de l'économie aucun vice organique qui soit de nature à expliquer ces accidens; si, en outre, on apprend, en questionnant cet homme, qu'il est sujet à éprouver une ou plusieurs fois par jour, soit après les selles, soit dès le matin à son réveil, ce malaise, cette céphalalgie, ces vertiges, cette faiblesse, cette courbature, qui sont l'accompagnement ordinaire des excrétions involontaires de sperme, on doit soupçonner l'existence d'un semblable mal : et, pour confirmer ou détruire le soupçon, il faut recueillir les urines, les décanter après une heure ou deux de repos, et soumettre au mi-

croscope le sédiment pour y constater la présence ou l'absence des zoospermes.

1054. *Pronostic.* — La spermatorrhée, même de date récente, est bien difficile à guérir : une fois invétérée, elle est à peu près incurable. Au surplus, je le répète, il est rare qu'elle entraîne après elle le développement de maladies meurtrières. Mais, quelle triste infirmité que celle d'un homme qui, en plein état de veille, perd son sperme sans érections, le pénis demeurant tout flasque ou à peu près ! Et combien n'est-elle pas plus triste encore, si une fistule irremédiable, soit au périnée, soit sur quelque autre point, ouvre à l'écoulement du sperme une issue contre nature ! Quel misérable destin, encore une fois, pèse sur cet homme, condamné pour toute sa vie à l'impuissance d'accomplir le devoir conjugal et de devenir père !

1055. *Thérapeutique.* — A. *En ce qui concerne particulièrement la prophylactique des pollutions nocturnes proprement dites :* lorsque ces pollutions, soit par continence, soit, ce qui est plus rare, par une surexcitation due à un culte trop ardent de Vénus, se répètent à l'excès, et menacent ainsi de dégénérer tôt ou tard en un degré plus grave de la spermatorrhée, ou, pour mieux dire, en ces pollutions diurnes et à peine senties qui doivent retenir le nom de spermatorrhée par excellence, voici quelles sont les principales règles à imposer.

α. Interdiction de tout ce qui stimule outre mesure l'économie entière, et particulièrement de tout ce qui émeut la sensibilité spéciale des organes génitaux. Interdiction des larges libations de vin ou autres boissons stimulantes (79. D. 6.), des mets épicés et de haut goût, des spectacles lascifs, des caresses féminines, des excitations érotiques de tout genre, des lits mous et du décubitus dorsal.

β. Diète végétale et lactée. Rudes exercices du corps. Au besoin, même, émissions sanguines chez les sujets pléthoriques. Rappellerai-je, à ce propos, qu'autrefois, dans la règle de certains ordres monastiques, la phlébotomie fut un moyen formellement prescrit pour venir en aide au vœu de chasteté? C'était là ce qu'on nommait, en style ascétique, *Minutio monachi* (amoindrissement du moine).

γ. Interrompre le sommeil une ou deux fois dans le cours de la nuit, pour que, à chaque fois, si faire se peut, l'excrétion des urines ait lieu, voilà un des moyens les plus efficaces de prévenir les pollutions.

δ. Tout au moins faut-il, lorsqu'on n'a pas recours à la dure ressource de cette interruption systématique du sommeil le plus profond, sauter à bas du lit aussitôt qu'on vient à se réveiller dans un état d'érection et avec le sentiment de l'imminence d'une éjaculation.

ε. Une précaution, assurément fort utile, c'est d'attacher le pénis

contre le scrotum à l'aide d'un suspensoir ou de tout autre bandage approprié, de telle sorte que le réveil survienne dès le plus léger commencement d'érection.

ζ. Revenir à un exercice régulier du coït : voilà, sauf les raisons qui ne sont pas de l'ordre médical, ce qu'il y aurait de mieux à conseiller pour ceux qui se sont tout-à-coup astreints à une continence absolue après un autre genre de vie. Voilà, certes, le plus sage parti, hygiéniquement parlant.

η. Pareillement, à l'égard de jeunes gens robustes et ardens qui sécrètent le sperme en abondance, et dont le tempérament érotique ne pourrait être dompté par les efforts de l'art qu'au grand détriment de la santé, la médecine n'a, en vérité, rien autre chose à répondre au père de famille inquiet, sinon qu'il est prudent, qu'il est salutaire même d'accorder à ces bouillantes natures la liberté d'un raisonnable culte de Vénus.

B. *En ce qui concerne le traitement de la spermatorrhée confirmée :* c'est-à-dire lorsque les pertes de sperme ont lieu indifféremment jour et nuit, sans érection, sans volupté, parfois même à l'insu du malade, et toujours ou presque toujours avec une débilité plus ou moins considérable de l'économie, voici nos ressources.

α. Médication corroborante (140-3), mais dans toute sa pureté, et sans l'intervention des stimulans; on comprend sans peine pourquoi (A. α.). Alimens analeptiques. Pour boisson, l'eau pure ou mélangée de bordeaux. Préparations de quinquina. Médicamens ferrugineux.

β. Vie aussi peu sédentaire que possible. Beaucoup d'exercices; — — actifs, passifs ou mixtes, comme on dit en hygiène; — choisis et réglés selon la mesure des forces; — mais toujours en excluant l'équitation. La natation, soit en mer, soit en rivière, doit être préconisée par-dessus tout, et mise à profit autant que faire se pourra.

γ. Si le malheureux spermatorrhéique ne sait pas nager, tout au moins faut-il qu'il fasse usage des bains froids, ne fût-ce que sous forme d'immersion et pour quelques minutes. Ce qui peut aussi lui faire beaucoup de bien, ce sont les aspersions froides, de courte durée, mais à fréquentes reprises, sur toute la surface du corps, ou du moins aux lombes, au périnée et aux parties génitales ; ce sont, en outre, les clystères d'eau froide ; une ou deux fois par jour, mais en petite quantité chaque fois, de manière à être retenus un certain temps dans le rectum.

δ. Opium, administré dans des lavemens froids. C'est là un remède fort vanté par Pierre Frank pour les cas les plus rebelles et les plus désespérés.

ε. Cautérisation, ou, en termes moins effrayans et peut-être plus

précis, modification hétérophlegmasique (132. E. γ.) de la muqueuse urétrale, surtout dans la portion prostatique, par le moyen de la pierre infernale. Voilà un mode de traitement qui, entre les mains de M. Lallemand, a obtenu de nombreux et brillans succès, sans doute dans des cas où la spermatorrhée se perpétuait sous la dépendance d'un état d'inflammation chronique. C'est évidemment pour les spermatorrhées consécutives à de fréquentes et opiniâtres uréthrites que l'azotate d'argent me paraît devoir intervenir avec un certain avantage (540. F.). En pareille circonstance, ordinairement le cathétérisme, si tant est même que la blennorrhée ne trahisse pas déjà l'état des choses, constate très bien un reste d'inflammation urétrale; le bec de la sonde, en arrivant sur la portion encore malade de la membrane muqueuse, y excite une douleur plus ou moins vive.

1056. *Y a-t-il, dans le sexe féminin, quelque chose d'analogue à la spermatorrhée du sexe masculin?* — Problème scabreux de physiologie et de pathologie sur le compte duquel je ne veux pas me hasarder de rien dire par moi-même et de mon autorité privée. Mais je ne crois pas hors de propos de traduire l'opinion que Pierre Frank a énoncée là-dessus, et à laquelle je ne serais pas bien loin de souscrire : « Quelle est, chez le sexe » féminin, l'humeur qui, lors du coït, non pas certes en quelque cas » que ce soit, ni chez toutes les femmes, mais chez bon nombre d'entre » elles, dans les embrassemens passionnés, vient à fluer en abondance? » Quelle origine reconnaît-elle? C'est là, quoiqu'il s'agisse d'une chose » bien commune, ce que jusqu'à ce jour nous n'apercevons pas d'une » façon assez certaine. Quant à ce qui est de voir là du sperme, l'anti- » quité, considérant les ovaires comme des testicules, l'a professé. Les » modernes, d'après de puissantes raisons, l'ont nié. Mais c'est peut-être » avec un moindre caractère de vérité qu'ils ont dit que le phénomène » dérivait des sources du mucus dans toute l'étendue du vagin. Cette » excrétion, sachons-le bien, se fait, chez beaucoup de femmes, avec » trop d'abondance, de rapidité et de fougue pour pouvoir être » attribuée aux cryptes muqueux; et l'humeur écoulée n'offre pas une » nature filante comme le mucus. La sécrétion de celui-ci par le vagin » ne laisse pas, d'ailleurs, que de s'augmenter dans le coït. Mais, quant » à celle qui survient plus copieusement pour peu d'instans et au milieu » des mêmes phénomènes que chez l'homme, elle a cela de particulier, » que, chez les personnes du sexe, non moins que l'émission du sperme » chez les hommes, elle éteint tout-à-coup le plaisir attaché au coït et les » feux de Vénus; que, malgré la continuation du stimulus, elle se ra- » lentit ou même n'a pas lieu du tout; et qu'en outre, si elle est trop » fréquemment provoquée, elle amène dans la santé les mêmes incom- » modités, les mêmes lésions que fait, chez les hommes, une trop grande

» dépense de sperme. Enfin, cette matière si peu semblable au mucus
» du vagin vient parfois, non moins que la semence des hommes, à
» jaillir du sein féminin dans les illusions du sommeil, sans aucune exci-
» tation extérieure des parties génitales; et la masturbation, ce vice
» trop commun chez l'un et l'autre sexe, s'accomplit d'une et d'autre
» part avec un égal résultat, et finit par être puni d'un égal châtiment,
» qui est la perte de la santé. Assez fréquemment, dans les haras, nous
» avons assisté attentivement à l'examen de nombreuses jumens, quand
» il s'agissait de savoir si elles étaient en chaleur et se trouvaient bien
» disposées à la conception. Là, à l'aide d'un seul étalon, plusieurs ju-
» mens, pourvu qu'il approche sa tête de leurs mamelles ou de leur
» vulve, sont excitées à l'amour, et témoignent leur penchant à l'œuvre
» de génération en éprouvant par leurs parties génitales une copieuse
» éruption d'une liqueur jaunâtre et transparente : ainsi l'avons-nous
» observé. Or, certes, un phénomène si visible à l'observation dans
» une espèce de la classe des grands animaux démontre assez clai-
» rement ce qui doit avoir lieu chez la femme dans l'œuvre de la
» conception.

» Que si l'excrétion, qui, dans l'un et l'autre sexe, se produit pour la
» propagation de l'espèce, l'excrétion de la semence virile, ou bien
» celle de l'humeur analogue chez les femmes, se trouve suscitée, soit
» par des stimulations plus faibles que de raison, soit même sans volonté,
» sans orgasme érotique; alors existe la maladie que nous appelons
» *Gonorrhée*..... » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, p. 258-60.)

ARTICLE XIII.

GALACTORRHÉE.

(Grisolle : — de Γάλα, gen. Γάλακτος, lait. — Voir ci-dessus, art. II.)

1057. *Bibliographie.* — J.-P. FRANK. — (*De cur. hom. morb. epit.*) Class. V, ord. II, gen. IV, *Galactirrhœa.*

GARDIEN. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. XVII, p. 167-8). — Article *Galactirrhée.*

DÉSORMEAUX. — (Dans le *Répert.*, — t. XVII, art. *Lactation*). — Pag. 432-5 (*Galactirrhée*).

DUGÈS. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VIII, p. 603-8). — Art. *Galactirrhée.*

CHAILLY. — Ouvrage déjà cité (940) : IVe partie, art. Ier, § 1, *De la galactirrhée.*

RIESEMBERG. *Traitement de la galactirrhée par l'iode.* — (Dans le *Journ. de chir. de M. Malgaigne*, janvier 1844. D'après le *Berlin. med. Zeitung.*)

1058. *Définition et quelques remarques préliminaires.* — A. Sous le nom de galactorrhée, nous désignons une supersécrétion habituelle de lait tellement excessive, tellement disproportionnée aux forces de la femme, que c'en est au point de constituer un flux incontestablement pathologique, une véritable maladie dans la rigueur du terme, un état plus ou moins grave d'affaiblissement et de consomption.

B. De la définition qui précède (A), il résulte évidemment que la galactorrhée n'est pas quelque chose d'absolu, et ne consiste pas du tout dans le seul fait de la production journalière d'une quantité extraordinaire de lait : car, chez certaines femmes, une semblable production est compatible avec la conservation d'une parfaite santé. Mais la galactorrhée n'existe et ne se mesure que par rapport à l'état des forces de telle ou telle nourrice, qui ne peut point faire impunément les frais d'une si abondante sécrétion.

C. Avant de passer outre, il est clair que nous pouvons sur-le-champ distinguer la galactorrhée en galactorrhée confirmée et en galactorrhée médiocre ou peu prononcée. Dans celle-ci, les nourrices ne font encore qu'éprouver quelques symptômes d'anémie commençante. Dans celle-là, elles sont en pleine voie de consomption.

D. La galactorrhée, comme tant d'autres maladies, — ai-je besoin de le remarquer? — n'est pas particulière à l'espèce humaine : mais toutes les femelles de la classe des mammifères paraissent devoir y être sujettes. Fréquemment, dans les fermes, on a occasion de voir l'amaigrissement excessif de certaines vaches qui donnent bien plus de lait par jour que les autres, sous l'influence des mêmes pâturages et du même régime. J.-P. Frank (*loc. cit.*, p. 285) dit en avoir observé une qui, d'ailleurs très saine et très bien constituée, et quoiqu'elle consommât beaucoup de nourriture, fut réduite à un degré remarquable de dépérissement, par cela seul qu'elle fournissait de très bon lait en quantité supérieure presque d'un tiers à la traite de toutes les autres vaches de la même étable.

1059. *Synonymie.* — Galactirrhée, de la plupart des auteurs jusqu'à présent (*Galactirrhœa*, Sauvages, *Nos. meth.*, class. IX, gen. XXXII) : mais très incorrectement, et par un véritable péché philologique d'hybridité, à raison de cet i intercalaire, qui est mis là comme si les deux racines du mot fussent latines et non pas grecques. — Polygalie, *Polygalia*, de quelques lexicographes. — *Galactia*, de Linné, gen. CCVI ; — et de Vogel, gen. CXXII (66).

1060. *Symptomatologie.* — A. Non pas dans tous les cas de galactorrhée, mais dans quelques uns seulement, dans lesquels la maladie est véritablement due à une sorte de supersécrétion spontanée du lait, et à ce que les glandes mammaires en sont, à chaque instant et lors

même que le nourrisson ne tette pas, toutes pleines et toutes gonflées, cette humeur nourricière, la plus précieuse peut-être de toutes après le sang et le sperme, sort et ruisselle d'elle-même par les orifices du mamelon, surtout quelques heures après le repas, et ne cesse de mouiller, et, je dirai même, d'inonder les linges dont la femme est obligée, en pareille occurrence, de se garnir le sein.

B. Dans d'autres cas, sans un aussi étrange flux de lait que dans les cas qui précèdent, mais à cause seulement d'une simple disproportion des frais nécessaires de sécrétion lactée par rapport aux forces de la femme, un sentiment intérieur de fatigue profonde, d'épuisement extrême, voire même de défaillance imminente, se déclare chaque fois que le sein est donné au nourrisson.

C. Je n'insisterai pas, au surplus, sur les symptômes généraux de la galactorrhée. Car ce sont ceux de l'anémie (164), et notamment de l'anémie telle qu'on la voit naître et se développer sous l'influence de la lente déperdition de nos humeurs (166. B. α.). D'abord, malgré un bon appétit, qui devient de plus en plus exigeant, et malgré l'accroissement de plus en plus considérable de la consommation alimentaire, la maigreur augmente de jour en jour, ainsi que la faiblesse musculaire, les palpitations de cœur, la dyspnée, la toux sèche, la pâleur de la face, etc. Puis, au bout de quelque temps, viennent l'inappétence et le dégoût, les nausées, une céphalalgie atroce et opiniâtre, et tant d'autres symptômes nerveux que l'on sait. Puis la fièvre hectique commence à poindre, d'ordinaire sous le type intermittent et à titre d'accès quotidiens qui ont généralement lieu vers midi; et, enfin, elle s'établit tout-à-fait, et ne présente que peu ou point de discontinuité.

1061. *Complication commune.* — La galactorrhée, si elle n'est pas arrêtée à temps, court grand risque d'aboutir à la tuberculisation pulmonaire. Après les symptômes de pure et simple anémie, surviennent les sueurs nocturnes, les douleurs pongitives se renouvelant de temps à autre en divers points de la poitrine, les hémoptysies, les crachats nummulaires et purulens, etc.

1062. *Étiologie.* — Abstraction une fois faite de l'influence exercée par les succions de nourrissons trop affamés, trop forts pour leur âge, ou bien trop âgés, nous n'apercevons pas trop facilement quelles causes peuvent contribuer à produire la sécrétion journalière d'une énorme quantité de lait. Devons-nous invoquer une excitabilité particulière, une sorte d'idiosyncrasie des glandes mammaires ? L'hérédité n'a-t-elle point là un certain rôle? J.-P. Frank assure avoir constaté chez les vaches la transmission héréditaire de la qualité de bonne ou mauvaise laitière. Et je ne suis pas loin de professer, avec lui, que, chez la femme aussi, l'idiosyncrasie originelle (80. D.) doit avoir une très grande part dans le

plus ou moins d'aptitude à une abondante et riche sécrétion de lait. Peut-être encore l'habitude que les mères auront eue de ne pas donner le sein à leurs enfans, ou bien, au contraire, de les allaiter tous, possède-t-elle un certain degré d'influence par rapport à leurs filles. Mais laissons ces mystères, d'ailleurs peu intéressans pour la pratique. Ce qu'il y a de positif et d'incontestable en ce qui concerne la pathogénie de la galactorrhée absolue ou relative, ou bien, en d'autres termes, si l'on aime mieux, en ce qui concerne la pathogénie de l'épuisement produit par l'allaitement, c'est d'accuser les conditions que voici : 1° l'insuffisance de l'alimentation chez les femmes pauvres; 2° l'allaitement prolongé trop longtemps, et lorsque, par exemple, l'enfant a déjà vingt mois, deux ans ou davantage, comme cela se voit assez fréquemment pour divers motifs, soit espérance de prévenir ainsi une nouvelle grossesse, soit excès de tendresse maternelle, soit amour du gain de la part des nourrices mercenaires; 3° la rude entreprise d'allaiter deux nourrissons à la fois; 4° un certain appauvrissement du sang, soit par le fait d'une maladie actuelle, soit par suite d'une maladie antérieure (80. G.). Après cela, dans bien des cas, je le répète, il n'est pas aisé d'expliquer pourquoi une femme, dont le sein ne fournit à son nourrisson qu'une très médiocre quantité de lait, tombe néanmoins dans le dépérissement.

1063. *Thérapeutique.* — A. La première règle à poser est celle-ci : c'est qu'il faut que la femme cesse le plus tôt possible d'allaiter. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elle doive répudier ses fonctions de nourrice tout d'un coup, sans aucune temporisation et sans les précautions conseillées par la prudence. La brusque suppression de la sécrétion lactée, surtout quand cette sécrétion est très abondante, ne pourrait guère avoir lieu impunément et sans entraîner certains périls que je n'ai pas besoin de détailler. Que faire donc alors? Donner encore le sein au nourrisson pendant quelques jours, mais de moins en moins d'un jour à l'autre, soit qu'on ait pris parti pour le sevrage, soit qu'on transmette la tâche de l'allaitement à une nourrice nouvelle. Loin d'avoir immédiatement recours à l'alimentation analeptique, qui, en raison de l'asthénie, semblerait être très bien indiquée, et dont l'indication, effectivement, n'est qu'ajournée,— il faut s'astreindre à une diète légère jusqu'à ce que l'orgasme sécrétoire des glandes mammaires soit visiblement affaissé, jusqu'à ce que le gonflement et la dureté des seins aient enfin cédé. Au besoin, exciter une sorte de sécrétion supplémentaire par la voie de la transpiration, des urines ou des selles. Infusions de bourrache, de sureau, etc., bues très chaudes, et à la condition expresse qu'on gardera le lit. Tisanes diurétiques. Cathartiques doux ou moyens (132. G. η.). Pourquoi pas, par complaisance pour un préjugé très innocent,

la canne de Provence et la petite pervenche, ces prétendus antilaiteux de la médecine populaire (132. G. χ.)?

B. L'iode et l'iodure potassique sont, à ce qu'il paraît d'après les observations de M. le docteur Riesemberg (1057), des médicamens très propres à tarir la sécrétion lactée dans les cas où on la voit se prolonger opiniâtrément après le sevrage.

C. Une fois tarie la sécrétion du lait, une fois dissipées les craintes des accidens de répercussion et des engorgemens mammaires, la femme dont la galactorrhée a délabré la constitution doit être secourue, sans plus tarder, par une habile intervention de la médication corroborante (134-3). Préparations de quinquina, ferrugineux, etc., etc.

CHAPITRE XII.

PNEUMATOSES.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

1054. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. *Des flatuosités* (Περὶ φυσῶν). Ed. Kuhn, t. I, p. 569-86. — Ce traité, il faut le dire, contient beaucoup plus de théorie, et de mauvaise théorie, que d'idées pratiques. A part quelques hypothèses qui attribuent gratuitement certaines maladies à je ne sais quels vents intérieurs, il n'a guère d'autre objet que les flatuosités du tube gastro-intestinal.

FIENUS. *De flatibus humanum corpus molestantibus.* Anvers, 1582, in-12.

FABER. *Diss. Nakir Arabum, seu flatus ambulatorius.* Strasbourg, 1633. — D'après Ploucquet, *Liter. med.*, art. *Flatulentia.*

CAMERARIUS. *Diss. Physographia.* Tubingue, 1678. — Et *Diss. Physotheropia.* Tubing., 1680. — D'après Ploucquet, *ibidem.*

BRUNO. *Diss. De flatibus, seu Æolus microcosmo commodans et incommodans.* Altdorf, 1687. — Toujours d'après Ploucquet, *ibid.*

STAHL. *Diss. De flatulentiâ.* Hall en Saxe, 1708, in-4°.

LITTRE. *Sur l'hydropisie tympanite.* Dans les *Mém. de l'Acad. roy. des sc.*, année 1713, p. 235 et suiv. — En démontrant et étudiant

fort bien la tympanite constituée par la pneumatose gastro-intestinale, Littre a le tort de nier d'une façon absolue la réalité de la tympanite péritonéale.

COMBALUSIER. *Pneumato-pathologia, seu tractatus de flatulentis humani corporis affectibus.* Paris, 1747, in-12. — Traduit en français par un anonyme. Paris, 1754, 2 vol. in-12. — Dans ce traité célèbre, plus célèbre peut-être que de raison, Combalusier s'est borné exclusivement, ou peu s'en faut, à étudier les cas de pneumatose gastro-intestinale. Il avait promis de compléter plus tard son travail, et de parcourir réellement l'étendue tout entière de la *pneumato-pathologie.* Mais, soit défaut de temps ou de bonne volonté, il ne tint pas sa promesse.

CULLEN. — (*Apparatus ad nosol. method.*) Class. III, ord. II, sect. 2, *Intumescences flatueuses* (voir n° 66) : section comprenant trois genres (1° *Pneumatosis.* Emphysème général. — 2° *Tympanites.* Intumescence flatueuse de l'abdomen. — 3° *Physometra.* Pneumatose ou tympanite utérine.)

J.-P. FRANK. — (*De cur. hom. morb. epitome*). Class. VI, *Retentiones*, ord. I, *Retentiones aereæ* (Pneumatosis).

PIORRY. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. XLIII, p. 342-70). — Art. *Pneumatose.*

ALARD. — (*Du siége et de la nature des maladies.* Ouvrage déjà cité plus haut, n° 997). Chap. IV, § II, 3° *Des pneumorrhagies et de l'emphysème.*

PORTAL. *Mémoire sur la pneumatie.* (Dans le t. V, des *Mém. sur la nature et le traitement de plusieurs maladies.* Paris, 1825, in-8°.)

FODÉRÉ. *Essai théorique et pratique de pneumatologie humaine, ou Recherches sur les causes et le traitement des flatuosités,* etc. Strasbourg, in-8°.

CHOMEL. — (Dans le *Répert.*, t. XXV, p. 127-43.) — Art. *Pneumatose.*

ROCHE. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. XV, 611-24.) — Art. *Venteuses (Maladies).*

MONNERET et FLEURY. — (*Compend.*, — t. VII, p. 28-41.) — Article *Pneumatose.*

1065. *Définition.* — Sous le titre de *Pneumatoses*, nous posons et reconnaissons une famille de maladies qui ont pour phénomène principal, pour phénomène primordial, pour phénomène générateur de tout l'appareil symptomatique, une accumulation insolite d'air ou de gaz quelconques, soit par sécrétion, soit autrement, dans une partie où,

normalement, il ne doit y en avoir qu'en beaucoup moindre quantité, ou bien, même, n'y en point avoir du tout.

Remarquons-le, avouons-le sur-le-champ. Il ressort de cette définition même que notre famille des pneumatoses n'est pas parfaitement naturelle, pas aussi naturelle, certes, que les autres familles nosographiques précédemment étudiées. Puisque nous ne la renfermons pas dans le cercle étroit des sécrétions pathologiques de gaz, puisque nous voyons une pneumatose partout où l'existence irrégulière d'une collection gazeuse s'est formée de quelque façon que ce soit, il s'ensuit que nous allons rassembler des genres de nature fort disparate, et composer, comme on dit en histoire naturelle, une famille polymorphe. Voilà même précisément pourquoi j'ai cru à propos de réserver l'histoire des pneumatoses pour le douzième et avant-dernier chapitre de la *Nosographie organique*. C'est en quelque sorte une transition qui nous amène méthodiquement à ce dernier chapitre où doivent trouver place, sous le titre de *Vices organiques divers* (151), certaines maladies impossibles à classer dans les chapitres précédens, toutes extrêmement différentes entre elles, et réunies là sans autre point de vue commun que cette impossibilité même de les encadrer ailleurs.

1066. *Étymologie.* — Πνευμάτωσις, dérivé de Πνεῦμα, gén. Πνεύματος (haleine, souffle, vent, air, etc.), correspond assez bien, dans sa valeur intrinsèque, à la même signification qu'un certain mot d'origine latine, le mot *insufflation*. Ce mot grec était donc parfaitement propre à indiquer l'état d'une partie trop pleine d'air ou de n'importe quel fluide aériforme. Comme terme de médecine, c'est dans les écrits de Paul d'Egine (liv. III, chap. XXXVIII) que nous le voyons paraître pour la première fois, et servir à signaler particulièrement les flatuosités de l'estomac et de l'intestin. Pour en venir tout de suite à l'ère moderne, rappelons que Sauvages, Cullen et quelques autres avaient adopté le nom de pneumatose pour l'emphysème sous-cutané. C'est Jean-Pierre Frank qui, le premier, a véritablement consacré ce nom dans l'acception générale aujourd'hui communément admise, et par nous-même, après tant d'autres auteurs, ratifiée derechef.

1067. *Siéges divers des pneumatoses.* — Il n'y a sans doute aucune partie du corps qui ne soit sujette à devenir, de façon ou d'autre, le siége d'une pneumatose. Mais, il faut le dire, toutes les pneumatoses réellement constatées par l'observation, sans parler de celles dont nous ne pourrions signaler que la simple possibilité, ne sont pas également connues, également fréquentes, également importantes sous le point de vue de la pratique. Toutes ne méritent donc pas un examen à part.

Quoi qu'il en soit, les pneumatoses, sous le rapport du siége, peuvent être réparties en trois tribus, comme il suit.

A. *Pneumatoses ayant leur siége dans les parties qui contiennent naturellement des gaz :* c'est-à-dire, dans les voies digestives et dans les voies respiratoires. De là, deux genres nosographiques, savoir :

α. La *pneumatose gastro-intestinale.* Ce sera ci-après le sujet de l'article II.

ϐ. L'*emphysème pulmonaire.* Ce sera l'objet de l'article III.

B. *Pneumatoses ayant leur siége dans les voies génito-urinaires :* voies abouchées à l'atmosphère, mais qui, pourtant, ne contiennent naturellement ni air ni autre gaz. Néanmoins, il se peut quelquefois, quoique très rarement, que, soit chez l'homme, soit chez la femme, l'emploi de la sonde, surtout à demeure, fasse entrer dans la vessie une certaine quantité d'air, qui sort ensuite sous forme de bulles ou de vents avec les urines ; ou bien, encore, qu'une communication contre nature, par suite d'ulcération cancéreuse ou autrement, entre la vessie et l'intestin, vienne donner lieu à une éruption de gaz intestinaux par le canal de l'urètre. De plus, et peut-être moins rarement, il peut arriver, chez la femme, que le vagin, à raison d'une ulcération de la paroi recto-vaginale, rende aussi des vents plus ou moins fétides ; et que, dans d'autres cas, l'air extérieur s'y introduise en certaine quantité, soit dans le coït et par le fait d'une excessive laxité de la vulve, soit à la suite d'un accouchement, et surtout d'un accouchement laborieux, qui aura laissé les parois vaginales dans l'atonie et dans une sorte de disposition béante, soit enfin à cause de l'écartement maintenu par la présence d'un pessaire, — et que l'air ainsi introduit, venant ensuite à se raréfier par l'effet de la chaleur animale, ou bien à céder devant le rapprochement des parois vaginales par quelque changement d'attitude du corps, fasse sa sortie avec plus ou moins de bruit. Inutile d'insister et d'en dire davantage sur les divers cas de pneumatose vésicale ou vaginale que je viens d'indiquer à nos lecteurs. Quant à la pneumatose de l'utérus, je me réserve de la considérer dans un article à part (article IV), sous le nom de *tympanite utérine.*

C. *Pneumatoses ayant leur siége dans des parties qui sont de leur nature closes et inaccessibles à l'air :* c'est-à-dire, 1° dans le tissu cellulaire, 2° dans la cavité des membranes séreuses et synoviales, 3° dans l'intérieur du cœur et des vaisseaux, 4° dans des kystes (*pneumatosis saccata*, de J. P. Frank, *loc. cit.*, § 711). La pneumatose du tissu cellulaire porte le nom d'emphysème ; c'est à la *Pathologie chirurgicale* qu'appartient naturellement l'étude de l'emphysème traumatique, de celui, par exemple, que forme, à la suite d'une plaie pénétrante de poitrine, l'air issu peu à peu du poumon et infiltré, j'allais dire insufflé, de proche en proche dans une étendue plus ou moins vaste ; mais l'emphysème spontané, c'est-à-dire se développant par le seul jeu des réactions intérieures de l'économie, par le pur et simple effet d'un travail

interstitiel d'exhalation gazeuse, revient de droit à mon domaine : aussi consacrerai-je un article (art. V) à l'*emphysème spontané du tissu cellulaire libre*. En fait de pneumatoses des cavités séreuses, je me bornerai à examiner à part, comme les plus intéressans et les mieux connus, les trois genres suivans, savoir : la *tympanite péritonéale* (art. VI), le *pneumo-thorax* (art. VII), et le *pneumo-péricarde* (art. VIII). Puis, enfin, dans l'article IX et dernier, je dirai quelques mots touchant le cas, fort rare, d'un développement de gaz à l'intérieur du système vasculaire sanguin, et notamment du cœur, — en d'autres termes, et pour parler plus brièvement, touchant la *pneumatose intra-circulatoire*.

1068. *Symptomatologie*. — A. Les pneumatoses se manifestent sous deux formes principales, selon qu'il y a rétention ou excrétion des gaz.

α. Lors de la *rétention des gaz* en quantité plus ou moins considérable, que voit-on ? La partie qui les contient : 1° offre une tuméfaction de nature ordinairement élastique, et, ordinairement aussi, de nature indolente ; 2° une sonorité beaucoup plus grande que de coutume, et dans bien des cas, véritablement tympanique (45. I) ; 3° des symptômes de gêne et de compression, plus ou moins graves et alarmans, selon le plus ou moins de volume de la collection gazeuse, et le plus ou moins de rapidité que ce vice matériel met à se produire dans le cas donné.

β. Quant à l'*excrétion des gaz*, quelquefois elle se fait sans bruit, mais d'autres fois elle s'opère d'une façon plus ou moins bruyante (borborygmes, éructations, œdopsophie, etc.).

B. Ce qu'il y a de plus remarquable à dire en général concernant la marche des pneumatoses, c'est que certaines d'entre elles, notamment la pneumatose gastro-intestinale et l'emphysème pulmonaire, offrent d'ordinaire une extrême variabilité dans l'intensité de leurs symptômes, — en d'autres termes, de fréquentes alternatives d'exacerbation et de rémission (51. A). Quelquefois, elles sévissent sous un type intermittent, voire même par accès exactement périodiques (51. B).

C. Rien de particulier à remarquer touchant la durée des pneumatoses. Il en est d'aiguës : il en est de chroniques. Si quelques unes n'apparaissent que pour quelques jours, d'autres, au contraire, persistent indéfiniment.

D. Quelquefois on a vu différens genres de pneumatoses se remplacer alternativement, par métastase, comme on dit (55). On a vu, par exemple, un emphysème sous-cutané succéder à une pneumatose gastro-intestinale très volumineuse, qui s'affaissait subitement sans émission de gaz ni par haut ni par bas, et la pneumatose gastro-intestinale reparaître consécutivement ou même simultanément à la disparition de l'emphysème.

E. Il est rare, mais enfin parfois il arrive que certaines pneumatoses

soient par elles-mêmes, et sans le concours d'aucune autre maladie, une cause de mort. Tel est, par exemple, dans quelques cas, l'emphysème pulmonaire. Telle est surtout la pneumatose intra-circulatoire.

1069. *Pathogénie. Divers modes d'origine des pneumatoses.* — Il y a cinq modes principaux, et radicalement différens, suivant lesquels naissent et se développent les pneumatoses.

A. *Introduction de l'air*, 1° *par les ouvertures naturelles du corps* 2° *par une plaie :* exemple du premier cas, l'emphysème pulmonaire, comme étant, assurément, le type le plus simple et en même temps le plus intéressant du mode en question; exemple du second cas, l'emphysème sous-cutané artificiellement produit par un moyen quelconque d'insufflation à travers une incision faite exprès,— comme c'était jadis une ruse en vogue parmi les truands, dans le but d'exciter la pitié par l'apparence monstrueuse d'un membre, ou de quelque autre partie,— ruse surtout facile à exécuter dans le tissu cellulaire lâche du scrotum (*Pneumatocèle simulée*).

B. *Dégagement de gaz par la décomposition de certaines matières, contenues à l'intérieur d'une cavité viscérale ou épanchées dans le tissu cellulaire :* citons, par exemple, à l'égard du canal digestif, les matières alimentaires; à l'égard de l'utérus, un fœtus mort, ou seulement même une portion de placenta; à l'égard du tissu cellulaire sous-cutané, un amas de sang à la suite d'une contusion.

C. *Obstacle à la circulation des gaz, dans les parties où ils existent naturellement :* de là, en effet, leur accumulation excessive, puisqu'ils ne peuvent plus être excrétés régulièrement et comme il le faudrait. De là, par exemple, dans le cancer intestinal, la tympanite qui survient en cas de rétrécissement excessif de l'intestin (846. C.). De là, encore, le même phénomène, dans les étranglemens intestinaux, soit herniaires, soit internes.

D. *Perforation des organes qui contiennent naturellement des gaz, et d'où ceux-ci vont alors se répandre contre nature dans les parties voisines :* ainsi voit-on, par exemple, naître le pneumo-thorax lors d'une perforation tuberculeuse du poumon, les voies bronchiques se trouvant mises par là en communication avec la cavité de la plèvre; ainsi la tympanite péritonéale peut-elle survenir comme l'un des effets d'une perforation de l'estomac ou de l'intestin; ainsi observe-t-on, dans certaines plaies pénétrantes de poitrine, le développement d'un emphysème général, dit emphysème traumatique, lorsque l'air qui s'échappe par les points perforés du poumon, et auquel l'entamure de la peau, à raison de son étroitesse et de son défaut de parallélisme avec les points susdits, ne laisse que peu ou point d'issue, va s'infiltrant et s'accumu-

lant de proche en proche dans le tissu cellulaire, où le pousse et l'insuffle, pour ainsi dire, le jeu même de la respiration.

E. *Exhalation de gaz :* soit, par exemple, au-dedans du canal digestif, où une semblable exhalation est naturelle et physiologiquement nécessaire dans un certain degré, et où elle se montre sujette, comme on le conçoit sans peine *à priori*, à s'exagérer quelquefois au point de constituer un état morbide, une véritable pneumatose; soit là même où naturellement il n'existe point de gaz et où l'exhalation d'une masse gazeuse ne peut se produire que d'une façon, s'il est permis d'ainsi parler, encore plus pathologique, comme on le voit en cas d'emphysème spontané du tissu cellulaire sous-cutané. Au surplus, force nous est d'avouer que nous sommes dans une ignorance profonde sur le compte des causes particulières qui augmentent l'exhalation des gaz au-delà de ses proportions normales, ou qui même la créent et la développent dans un lieu insolite.

1070. *Importante réflexion sous le point de vue de la nosographie.* (65.) — Les considérations étiologiques qui précèdent (1069) sont de nature à faire pressentir aux lecteurs inexpérimentés, et l'expérience, en effet, ne tardera pas de leur démontrer, que les pneumatoses sont rarement des affections idiopathiques ; que le plus souvent ce sont des affections symptomatiques (97. D. 6.). Voilà sans doute pourquoi certains nosographes n'ont pas formellement reconnu, n'ont pas spécialement étudié ce groupe de maladies. Cependant, songez-y bien, il est un grand nombre de cas où les pneumatoses symptomatiques ne sauraient être raisonnablement réputées pour un simple épiphénomène de la maladie idiopathique, mais si fait bien pour une maladie nouvelle qui a son importance propre, qui entraîne avec elle ses symptômes et ses dangers, et qui mérite un traitement tout particulier. Et puis, certaines pneumatoses, ne fussent-elles idiopathiques qu'une fois sur cent, qu'une fois sur mille, c'est assez pour être autorisé, pour être obligé voulais-je dire, à les poser en genres nosographiques à part. Or on ne peut nier qu'une exhalation extraordinaire de gaz ne soit quelquefois le phénomène primordial qui doive être accusé par le pathologiste. En somme, nous devons répéter, à l'égard des pneumatoses, les mêmes raisons qu'à l'égard des hydropisies, qui, tout en étant le plus généralement, peut-être même toujours, des maladies symptomatiques, n'en sont pas moins un des groupes les plus légitimes et les plus naturels de la nosographie (887. F.).

1071. *Un mot relativement au diagnostic.* — Il est ordinairement facile de reconnaître l'accumulation excessive des gaz dans les parties qui en contiennent naturellement, ou leur présence dans celles qui n'en doivent pas contenir. Mais la vraie difficulté, l'insoluble difficulté dans

beaucoup de cas, c'est de juger si la pneumatose est idiopathique ou symptomatique, et surtout quelle est la maladie dont elle dérive et dont elle dépend.

1072. *Thérapeutique.* — Indépendamment, bien entendu, du traitement à opposer, s'il y a lieu, à la maladie idiopathique en vertu de laquelle existe la pneumatose chez un sujet donné, indépendamment aussi de la nécessité de pallier, faute de mieux, les symptômes liés à cette pneumatose (114. E), l'accumulation pathologique des gaz, considérée en elle-même, est l'objet de quatre indications principales que voici :

A. Donner issue aux gaz, soit par les ouvertures naturelles des parties où ils sont contenus, soit par les ouvertures qui se trouvent y exister accidentellement, soit enfin par des ouvertures artificiellement pratiquées.

B. Diminuer le volume de la masse gazeuse par le froid et par la compression.

C. Diminuer la quantité des gaz par l'administration de substances propres à les absorber physiquement ou chimiquement, telles que la poudre de charbon de bois (132. C. 6.), les médicamens dits *absorbans internes* (132. D. α.), etc.

D. Procurer, si faire se peut, la résorption des gaz vicieusement exhalés ou épanchés.

ARTICLE II.

PNEUMATOSE GASTRO-INTESTINALE.

1073. *Bibliographie.* — (1064). — CELSE. — Lib. II, cap. II, sect. 11, § 5, *Quæ inflent plus minùsve.* — Énumération assez exacte des alimens flatueux.

ORIBASE. — Dans le Traité dédié à Eunape. — Livre IV, chap. 85 (Περὶ πνευματώσεως. — Il s'agit là uniquement des flatuosités engendrées dans l'estomac et l'intestin.)

VAN HELMONT. — (*De flatibus*, § 48-9). — Avait fort bien reconnu, quoique dans un siècle où la chimie pneumatique commençait à peine de poindre à l'horizon scientifique, que les vents ou gaz des diverses parties du tube digestif n'étaient point de même nature. « Les rots ou vents originaires de l'estomac, » dit-il, « comme » aussi les vents de l'iléon, éteignent la flamme de la chandelle ; » mais le vent stercoral, qui se forme dans les derniers intestins et » s'échappe par l'anus, prend feu en passant à travers cette flamme, » et donne lui-même une flamme diversement colorée en manière » d'arc-en-ciel. Celui qui se forme dans l'iléon ou dans les au» tres intestins grêles, n'est jamais inflammable ; il est souvent » inodore. »

WILLIS.—(*Pharmaceutice rationalis*) Sect. II, c. IV, *De tympanite.* —Chapitre, je l'avouerai, plus curieux qu'utile à lire, plus intéressant pour l'érudition historique que pour l'instruction pratique. Qu'on le lise pour apprécier surtout les progrès que la science a faits depuis lors, et combien elle doit à la culture de l'anatomie pathologique. Willis ne paraît pas se douter que la tympanite, dont il décrit d'ailleurs fort bien les caractères extérieurs en tant qu'intumescence excessive de l'abdomen, puisse jamais être le résultat d'un obstacle mécanique à la circulation des flatuosités naturelles, — le résultat, par exemple, d'un rétrécissement squirrheux, d'un engouement fécal, d'un amas d'helminthes, etc. Erreur étrange de la part d'un si grand médecin, préoccupation singulièrement systématique ; il ne veut pas du tout voir là un effet dû à une véritable augmentation de quantité des flatuosités; mais il accuse une dilatation nerveuse, spasmodique et comme *tétanique* du tube intestinal, où les flatuosités ne joueraient alors d'autre rôle que de remplir l'espace ainsi donné à leur libre expansion. Que parfois, et notamment chez les sujets névropathiques, une tympanite puisse consister, non dans une augmentation réelle, mais dans une simple expansion des flatuosités, par suite de l'atonie des parois intestinales et de leur distension toute passive : soit. Mais où seraient donc les agens d'une dilatation spasmodique et en quelque sorte spontanée de l'intestin ? Il n'y a de fibres musculaires que pour le resserrer, et non pour le dilater. Mais ce que, par exemple, Willis avait parfaitement bien reconnu, en habile praticien qu'il était, c'est l'efficacité du fer contre certaines tympanites de nature hypocondriaque ou hystérique : dans sa vive et profonde admiration pour ce médicament, il va même jusqu'à le nommer métaphoriquement *sabre de Goliath* (*Goliathi gladius*), suivant les habitudes de style biblique qui régnaient de son temps en Angleterre.

BOERHAAVE.— (*Aphorism.*) n. 646-51, *Ructus et flatus.*— Plus, les *Commentaires* de Van-Swiéten.

SCHURIG. — (*Chylologia*). Cap. VIII, § 9-11 (*De intestinorum nimiâ expansione*).

MORGAGNI. — Epist. XXXVIII, art. 21-3, — et art. 30. — (Observations de tympanite.)

SAUVAGES. — (*Nosol. meth.*). — Class. VII, *Dolores*, gen. XX, *Cardialgia*, sp. 3, *C. flatulenta ;* — gen. XXI, *Gastrodynia*, sp. 2, *G. flatulenta* (Colique venteuse d'estomac. — Espèce à peine différente de celle qui précède, si ce n'est par une plus grande intensité de douleur à la pression et par une moindre disposition aux maux de cœur et à la défaillance) ; — gen. XXII, *Colica*, sp. 1,

C. flatulenta (Colique venteuse intestinale). — Class. IX, *Fluxus*, gen. XXXIII, *Flatulentia* (émission fréquente de flatuosités par haut et par bas), sp. 1, *F. acida* (rots aigres) ; — sp. 2, *F. nidorosa* (rots pourris, rots avec odeur d'œufs couvis) ; — sp. 3, *F. hypochondriaca* (Chez les personnes hypocondriaques ou hystériques. — En pareil cas, les rots sont le plus souvent inodores) ; — sp. 4, *F. accidentalis* (par l'effet d'alimens indigestes et venteux, par un brusque refroidissement après le repas, etc.) ; — sp. 5, *F. infantilis* (chez les enfans à la mamelle) ; — sp. 6, *F. lochialis* (chez les nouvelles accouchées) ; — sp. 7, *F. convulsiva* (notamment d'après un cas observé chez un jésuite, avec convulsions abdominales et thoraciques, borborygmes très bruyans, dyspnée suffocante, pollutions involontaires, délire, etc.) — Class. X, *Cachexiæ*, gen. XV, *Tympanites* (intumescence générale et excessive de l'abdomen avec sonorité tympanique), sp. 1, *T. intestinalis;* — sp. 5, *T. spasmodicus.* (Double emploi. — C'est la tympanite intestinale chez les sujets névropathiques) ; — gen. XVI, *Meteorismus* (genre distingué assez arbitrairement de la tympanite, en ce que l'intumescence est bornée à une partie de l'abdomen, ou bien, si elle est générale, dépend d'une maladie aiguë dont elle n'est qu'un symptôme), sp. 1, *M. ventriculi* (intumescence gazeuse de l'estomac) ; sp. 2, *M. abdominis* (météorisme des fièvres graves) ; sp. 3, *M. hystericus;* sp. 4, *M. à manzanillâ* (dans un cas d'empoisonnement par les fruits du mancenillier, — *Hippomane mancinella* L., fam. des Euphorb.).

LIEUTAUD. — (*Histor. anatomico-med.*) Lib. I, sect. II, art. 1, *Ventriculus flatulentus;* — sect. IV, art. 1, *Intestina flatu mirè distenta,* — art. 2, *Intestina flatu disrupta.*

TRNKA. *Historia tympanitidis.* Vienne, 1788, in-8°.

GÉRARDIN (Auguste). *Recherches physiologiques sur les gaz intestinaux.* Th. inaug. Paris, 1814, n° 15.

MÉRAT. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. XXXIII, p. 115-22). — Art. *Météorisme.*

PINEL et BRICHETEAU. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. LVI, p. 161-74). — Art. *Tympanite.*

CHEVILLOT. *Recherches sur les gaz de l'estomac et des intestins de l'homme à l'état de maladie.* Thèse inaug. Paris, 1833, n° 194.

BAUMÈS. *Traité des maladies venteuses, ou Lettres sur les causes et les effets de la présence des gaz ou vents dans les voies gastriques.* 2e édition, Lyon, 1837, in-8°.

JOSAT. *De la tympanite, de ses complications et de son traitement.*

Th. inaug. Paris, 1840. — § I, *Tympanite stomacale ;* — § II, *T. de l'iléon ;* — § III, *T. du colon.*

PUCHELT. — Ouvrage déjà cité (982). — Cap. VIII, *De affectionibus flatulentis.*

1074. *Définition.* — Sous le nom de pneumatose gastro-intestinale, conformément à notre définition générale des pneumatoses (1065), et selon les règles de notre méthode nosographique, nous désignerons particulièrement les cas dans lesquels un excessif développement de gaz à l'intérieur du conduit digestif se présente à titre de vice matériel protopathique, voire même quelquefois le seul apparent,—ou bien, du moins, tout en dépendant d'une autre affection, se trouve poussé à un degré tel qu'il cesse d'être un simple épiphénomène, et qu'il constitue une sorte de maladie nouvelle, — maladie symptomatique, soit, — mais, en vérité, maladie à part.

Voilà donc ce qui doit faire surtout le sujet du présent article.

Toutes les fois que la surabondance des gaz gastro-intestinaux n'est qu'un symptôme de médiocre importance dans le cours et sous la dépendance d'une maladie plus ou moins grave, qualifions cela, au point de vue et dans le langage de la symptomatologie, de météorisme ou ballonnement (45. B.), de rapports, de rots, de borborygmes (46. F. α.), de pets, etc. Ainsi le présent article doit-il laisser de côté et à peine mentionner pour mémoire le météorisme de la péritonite (574. A. α.), de la fièvre typhoïde, etc.; le gros gargouillement de l'estomac distendu par les gaz en cas de cancer du pylore (839. E. α.); les rapports aigres ou nidoreux de la gastrite (454. D. α.), les flatuosités de l'entérite, etc., etc.

1075. *Synonymie.* — A. Πνευμάτωσις, tout court et par excellence, chez les médecins grecs (1066). — *Flatulentia*, de Sauvages, de Linné, de Vogel, de Sagar, etc. : mais avec des définitions diverses, et qui sont loin d'être équivalentes les unes aux autres.

B. Passion flatueuse ou venteuse, de Combalusier : en tant que maladie habituelle, et qui se reproduit sans cesse chez un individu donné sous des formes très variées que la suite de cet article indiquera.

C. Au point de vue d'une intumescence générale et véritablement énorme de l'abdomen : — Hydropisie sèche, terme bizarre, et justement oublié aujourd'hui, de la nomenclature hippocratique (879); — plus heureusement, d'après les auteurs postérieurs à Hippocrate, Tympanite (Τυμπανίτης), dans le langage aujourd'hui adopté par l'immense majorité des praticiens (de Τύμπανον, tambour, — parce que le ventre offre alors à la percussion une sonorité véritablement tympanique).

D. Au point de vue des différences de siége de l'accumulation gazeuse :

α. Colique venteuse d'estomac, vulgairement ; — *Gastrodynia flatulenta*, et *Meteorismus ventriculi*, de Sauvages (1073) ; — Tympanite stomacale, de M. Josat (1073) ; — Aérogastrectasie, de M. Piorry (*Traité de médecine*, § 7499, — t. V, p. 68) ; — Pneumatose gastrique, ainsi pour ma part le dirai-je de préférence.

6. Colique venteuse intestinale ; — *Colica flatulenta*, de Sauvages ; — Entéralgie flatulente, d'Alibert (*Nosol. nat.*, famille II, *Entéroses*, genre III, esp. 4) ; — Tympanite de l'iléon ou du colon, de M. Josat ; — Aérentérectasie, de M. Piorry (*loc. cit.*) ; — Pneumatose intestinale, disons-nous.

E. Au point de vue symptomatologique d'un subit et alarmant développement de flatuosités (tympanite suraiguë, éruption violente de vents par haut et par bas, etc.) : — Choléra sec, de Combalusier et autres auteurs, d'après l'exemple même du grand Hippocrate (Ξηρὴ χολέρη. — Voir Περὶ διαίτ. ὀξ. Ed. Kuhn, t. II, p. 91-2. — Intumescence flatueuse du ventre ; bruits intérieurs ; douleurs dans les côtés et dans les lombes ; constipation opiniâtre.)

F. Précisément au point de vue théorique de l'origine des gaz intestinaux, réellement dus ou hypothétiquement attribués, dans tels et tels cas, à une exhalation : — Pneumorrhagie gastro-intestinale, de M. Alard (1064) ; — Pneumorrhée gastro-intestinale, de M. Baumès (1073).

1076. *Symptômes.* — A. *En cas de pneumatose gastrique ;* soit que les gaz puissent ou non sortir facilement par en haut.

α. Y a-t-il *excrétion facile et rapide des gaz :* tout se borne à peu près à l'éruption plus ou moins fréquente, plus ou moins abondante, de rots, qui d'ailleurs diffèrent de nature et d'odeur selon les circonstances particulières. Ces rots peuvent avoir, par exemple, l'odeur et le goût de ce que la personne a mangé ou bu, ou bien reproduire la puanteur d'œufs couvis, surtout lorsqu'ils doivent naissance à des alimens flatueux ou à une cause quelconque de mauvaise digestion ; ils sont principalement formés d'azote, de gaz carbonique, de gaz hydrogène, de gaz sulfhydrique, mais ne laissent pas que d'entraîner d'ordinaire avec eux un peu de matière, ou, si l'on aime mieux, de vapeur chymeuse. Quand la pneumatose gastrique se développe en dehors de la digestion, et uniquement, à ce qu'il semble du moins, par une exhalation de la membrane muqueuse, les éructations sont la plupart du temps tout-à-fait inodores et sans la moindre trace de saveur, et assez souvent, alors, ne se composent presque entièrement que d'azote !

6. Y a-t-il, au contraire, une *rétention plus ou moins prolongée des gaz*, dont l'issue effectivement peut être empêchée, soit par le resserrement spasmodique et pour ainsi dire tétanique (46. C.) du cardia et du pylore, soit par l'atonie et l'inertie du plan musculaire de l'estomac,

soit par un défaut d'accord dans la contraction des divers faisceaux de ce plan : on observe alors tout ou partie des symptômes qui suivent. Sensation de gêne et de gonflement à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche : coliques et, comme on dit, crampes d'estomac, quelquefois déchirantes et atroces; ballonnement des régions susdites; vive sensibilité à la pression; sonorité tympanique à la percussion, dans un degré d'autant plus fort que la distension gazeuse du viscère est plus grande, et les parois de l'abdomen, chez l'individu donné, moins épaisses. Troubles divers qui trahissent la compression exercée immédiatement ou médiatement par l'intumescence de l'estomac sur le diaphragme, le poumon et le cœur : dyspnée, bâillemens, hoquet, toux sèche, palpitations, syncopes, etc. Puis tout cela cesse, lorsque l'expulsion des gaz vient enfin à se faire soit par en haut soit par en bas. Quelquefois, mais plus rarement, sans éructations ni flatuosités inférieures, le ballonnement de l'estomac s'affaisse de lui-même comme par enchantement, soit résorption, condensation ou combinaison des gaz, soit autrement.

B. *En cas de pneumatose intestinale :* laquelle, comme l'espèce qui précède, a aussi deux variétés, c'est-à-dire peut exister avec ou sans rétention des gaz.

α. Tantôt, en effet, c'est une *émission facile de flatuosités par l'anus*, au fur et à mesure que celles-ci se produisent. Tout au plus un léger météorisme et des borborygmes préludent-ils au phénomène d'exonération gazeuze, parfois explosion bruyante, parfois excrétion toute muette. Au surplus, les flatuosités rendues par en bas, pas plus que les éructations, n'ont toutes ni la même odeur ni la même nature. Communément elles sont fétides, et l'hydrogène sulfuré y existe en plus ou moins forte proportion. Il est rare qu'elles soient tout-à-fait inodores et qu'elles consistent en azote pur ou à peu près pur. Outre les deux gaz que je viens de dire, elles peuvent encore présenter de l'acide carbonique et de l'hydrogène, et quelquefois, mais plus rarement, de l'hydrogène proto-carboné, et même, aussi, de l'oxygène.

β. Tantôt il y a *rétention des gaz*, et alors on observe : 1° un météorisme considérable, parfois poussé jusqu'à constituer une tympanite proprement dite dans toute la force du terme (1075. C.); 2° des borborygmes sans cesse réitérés, des coliques plus ou moins cruelles, des douleurs tensives, lancinantes, pongitives, dans différentes régions du ventre; 4° enfin, divers désordres dus à la compression immédiate des organes abdominaux, comme aussi à la compression immédiate des organes thoraciques (par refoulement du diaphragme), savoir, la dyspepsie, l'indigestion, la dyspnée, les palpitations de cœur, les micturitions incessantes, voire même, dit-on, le prolapsus de l'utérus, etc., etc. Ne manquons pas d'ajouter que l'accumulation gazeuse peut n'occuper

qu'une partie du canal intestinal, et qu'alors le ballonnement, les borborygmes, les coliques, etc., ne se font observer et sentir que dans certaines limites, que dans certaines directions.

1077. *Marche et terminaison.* — A. Tantôt la pneumatose gastro-intestinale est une sorte de maladie suraiguë, qui, chez certains sujets même, dure à peine quelques heures, et qui, une fois apparue chez eux par hasard sous l'influence d'alimens flatueux et indigestes, ou sous le coup de toute autre cause propre à déranger la digestion, ne reparaîtra peut-être plus, ou ne reparaîtra encore que de loin en loin, et à titre d'accident fortuit : tel est, par exemple, le cas enregistré par Sauvages sous la dénomination de *flatulence accidentelle* (1073). Tantôt, et même, il faut le dire, plus fréquemment, la surabondance des gaz dans les voies gastriques et intestinales se montre comme une incommodité habituelle, surtout particulière aux individus nerveux, aux femmes hystériques, aux hypocondriaques des deux sexes; chez bon nombre de ces sujets-là, le mal en question sévit à véritable titre de maladie chronique, sinon sous type continu, du moins sous type intermittent et par accès plus ou moins rapprochés, mais toujours ou presque toujours à intervalles très irréguliers.

B. Il est peut-être sans exemple que la pneumatose gastro-intestinale pure et simple, et indépendante de toute complication, ait jamais amené la mort. Quelques vieux auteurs, il est vrai, nous attestent l'existence de cas où les flatuosités accumulées outre mesure seraient devenues meurtrières en crevant les parois du conduit digestif. Mais ces récits-là, ou n'ont pas toute l'authenticité désirable, ou ne présentent pas les détails nécessaires pour lever tous les doutes, pour établir d'une façon péremptoire que la solution de continuité des parois gastro-intestinales était bien en réalité un effet simplement dû à la force d'expansion des gaz et non pas à l'intervention de la gangrène, ou de l'ulcération, ou de quelque autre cause. Sans nier absolument la possibilité d'un semblable événement, nous voudrions, pour le proclamer comme une chose démontrée, nous voudrions de nouvelles et plus sûres observations, des observations recueillies avec toute la sévérité que notre époque exige dans les investigations d'anatomie pathologique.

C. Eruption de vents soit par haut ou par bas, soit d'une et d'autre façon tout à la fois, voilà donc la terminaison presque constante d'un accès de pneumatose gastro-intestinale. Rarement, très rarement y a-t-il disparition intérieure des gaz. De mort, jamais peut-être, ou du moins presque jamais.

D. Encore bien que chez certaines personnes nous ayons dû qualifier la pneumatose gastro-intestinale d'incommodité habituelle, ce n'est pas à dire pour cela que ces personnes ne puissent jamais en être délivrées.

Bien au contraire. Grâce surtout à un bon régime, grâce aussi à l'emploi persévérant de médicamens appropriés, et quelquefois même grâce seulement à une révolution plus ou moins lentement opérée par la nature et les années dans la constitution de l'individu, le mal dont il s'agit peut fort bien guérir et s'évanouir pour toujours.

1078.—*Étiologie.*—(1069. A. B. C. E.).—A. L'introduction de l'air atmosphérique par voie de déglutition doit assurément être signalée comme une des causes de la pneumatose gastro-intestinale, et surtout de la pneumatose gastrique. Mais ce qu'on peut avaler d'air involontairement, même en mâchant mal, en mangeant trop vite, ou en buvant à petits coups, et, comme on dit, en sirotant, est toujours trop peu de chose pour suffire au développement d'une pneumatose notable; il n'y a que peu ou point d'effet en pareille circonstance, sans le concours d'autres causes par rapport auxquelles cette circonstance-là ne joue qu'un rôle auxiliaire ou tout au plus un rôle excitateur. Il n'en est pas de même chez ceux qui ont appris à avaler de l'air à volonté; car ils peuvent en avaler énormément, jusqu'à se donner une tympanite des plus monstrueuses, et de façon à produire ensuite une interminable éruption d'éructations et de ventosités inférieures. Cette pneumatose simulée a été, dit-on, pour quelques individus, un moyen de se faire exempter du service militaire dans les temps les plus rigoureux de la conscription impériale. Il était donc à propos d'avertir nos lecteurs là-dessus, afin qu'ils se tiennent sur leurs gardes, le cas échéant, et qu'au lieu de se laisser prendre à une semblable ruse ils la confondent et la démasquent, ce qui ne serait pas difficile.

B. Que certains alimens, dans le travail de décomposition où ils se trouvent jetés par la digestion, puissent donner lieu à un dégagement assez considérable de gaz; qu'ils aient à un haut degré la propriété d'être, comme on dit vulgairement, venteux, ou plus élégamment, flatueux : c'est là un fait avéré, incontestable, quoique peu approfondi encore dans l'état actuel de la physiologie et de l'hygiène, quoique enveloppé encore d'une bien grande obscurité. Cela est particulièrement vrai des haricots et des autres graines de légumineuses, comme aussi de divers comestibles empruntés à la famille des crucifères, toutes substances qui contiennent du soufre et donnent, en se décomposant, du gaz hydrogène sulfuré (voyez les traités de chimie). Mais, à cet égard, il faut le reconnaître, quand, pour expliquer la pneumatose gastro-intestinale, on a invoqué la nature de l'aliment, tout n'est pas encore dit. Les alimens flatueux ne se montrent pas tels également pour tous les individus, ni dans toutes les circonstances chez un même et seul individu. Il y a donc là une part, et une grande part à faire, dans la théorie du phénomène en question, à l'état particulier et au mode d'action des organes

digestifs, au suc gastrique, à la bile, à l'innervation plus ou moins irrégulière des nerfs pneumo-gastriques; et que ne sais-je pas encore? L'homme doué d'un estomac robuste digère les légumes secs, haricots, lentilles, vesces, etc., même de la plus mauvaise qualité, sans être à peine incommodé de flatuosités : l'activité de la digestion a quelque moyen, sans aucun doute, de prévenir, de modérer, de neutraliser le dégagement de gaz que de tels alimens sont éminemment aptes à produire. Pour les estomacs délicats, au contraire, combien la liste des alimens flatueux ne se grossit-elle pas! Quoi qu'il en soit, concluons en proclamant que les alimens les plus généralement propres à engendrer des flatuosités sont : 1° les graines de légumineuses, 2° les racines de crucifères (radis, raifort, etc.); 3° les fruits, surtout acides, acerbes, peu mûrs et peu sucrés; 4° les viandes de jeunes animaux, comme l'agneau, le veau, etc.

C. Rien de plus facile à comprendre que la production d'une pneumatose gastro-intestinale symptomatique, poussée jusqu'à la tympanite, en cas d'occlusion plus ou moins complète du tube digestif. Je me dispense donc d'y insister. D'ailleurs, en pareil cas, la pneumatose n'est qu'un événement qui ne fait réellement pas le fond du danger, mais qui ne laisse pourtant pas que d'aggraver la position du malade, que de rendre toujours plus pénible et plus douloureux le dénouement mortel, et quelquefois même de le hâter.

D. L'exhalation gazeuse de la muqueuse gastro-intestinale, exhalation dont la réalité est incontestablement établie en physiologie par les expériences de MM. Magendie et Gérardin, ne saurait être méconnue, à ce qu'il me semble, en pathologie, surtout dans les cas où une pneumatose de l'estomac ou bien de l'intestin se déclare brusquement, en dehors du travail de digestion, soit sous le coup d'une émotion violente, soit sous l'influence d'un accès d'hystérie. Elle doit, sinon toujours, du moins ordinairement et principalement, consister en azote et en acide carbonique. Le sexe féminin, le tempérament nerveux, l'idiosyncrasie originelle (80. D.) qu'avec le don même de la vie on a reçue de parens très sujets aux flatuosités, la constipation habituelle, la vie sédentaire, l'excès des travaux d'esprit, l'hypocondrie, l'hystérie, la gastralgie; telles sont, à ce qu'il paraîtrait, les conditions personnelles en vertu desquelles on est plus particulièrement prédisposé à ce que l'exhalation gazeuse des voies digestives aille au-delà du degré normal, et mérite le nom de supersécrétion morbide. Suivant l'opinion de quelques pathologistes, et, entre autres, de M. Baumès, toutes les causes irritantes qui se montrent propres à déterminer la gastrite (451.) et l'entérite (466. B.) seraient aussi autant de causes capables de surexciter l'exhalation gazeuse à un degré excessif, indépendamment ou non de la présence des

phénomènes inflammatoires et lors même que l'irritation reste en-deçà du développement d'une véritable inflammation.

E. Ajoutons que, dans bien des cas sans doute, mais qui ne sont pas toujours très faciles à distinguer, le météorisme et la tympanite, au lieu d'être l'effet d'une augmentation réelle de quantité des gaz renfermés à l'intérieur des voies digestives, tiennent à la simple augmentation de volume de ces gaz, ou bien, en d'autres termes, à ce que la force élastique ou d'expansion indéfinie que les gaz possèdent n'est pas suffisamment contrebalancée et contenue par la contractilité affaiblie, engourdie, paralysée, des fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin.

1079. *Diagnostic.* — Un mot seulement : car il serait beaucoup trop long, je ne dis pas d'approfondir, mais même d'énumérer et d'effleurer toutes les questions que peut soulever le diagnostic des pneumatoses gastro-intestinales. Un mot sur un point très facile et très clair, mais qui mérite doublement intérêt, d'une part comme problème de pratique, et d'autre part, s'il est permis d'ainsi dire, comme pièce justificative en fait de nosographie. Et ce point, quel est-il donc? C'est que la nature idiopathique d'une pneumatose gastro-intestinale, en tant du moins que maladie locale du tube digestif, apparaît dans la plus grande évidence toutes les fois que les troubles morbides ne naissent qu'avec un certain degré de météorisme et avec les borborygmes, et s'évanouissent aussitôt après l'éruption des flatuosités par haut ou par bas.

1080. *Pronostic.* — Peu grave, si les gaz sont facilement expulsés par haut ou par bas, et surtout si la pneumatose est due à un repas d'alimens venteux, à une cause accidentelle quelconque de mauvaise digestion.

Plus grave, s'il y a rétention des gaz; et d'autant plus grave, en pareille circonstance, que l'obstacle qui s'oppose à l'issue des gaz a, de sa nature, moins de chance d'être écarté et détruit par les efforts de la thérapeutique.

Très grave, par exemple, en cas de rétrécissement squirrheux.

1081. *Thérapeutique.*—(1072).—A. S'agit-il d'une pneumatose accidentelle due à des alimens flatueux et indigestes, ou bien due à n'importe quelle perturbation subite de la digestion? En général, il suffit de quelques stimulans, choisis et administrés avec à-propos, pour modérer et conjurer un semblable accident, pour faciliter l'expulsion des gaz, pour couper court à leur production, et, en un mot, pour empêcher qu'une indigestion complète n'ait lieu. Thé, café, eau-de-vie, anisette, élixir de Garus, teinture aromatique (Codex, n° 323), teintures de safran ou de cannelle, etc., etc.

B. Pour ce qui est de la pneumatose gastro-intestinale habituelle, il importe bien moins d'en combattre, d'en pallier, d'en abréger même

les accès, que de s'appliquer à les prévenir, à les rendre plus rares, et, si faire se peut, à déraciner entièrement l'habitude pathologique qui les reproduit. Comment donc atteindre ce but? C'est par l'observance assidue d'un régime convenable, en tout ce qui concerne le manger et le boire (79. D. α. et β.); c'est, au besoin, par l'emploi de diverses médications en rapport avec les dispositions générales de chlorose, d'hypocondrie, d'hystérie, sous la dépendance desquelles la pneumatose gastro-intestinale existe si communément. Mais, encore une fois, un bon régime de nourriture, voilà ce qu'il faut avant tout. Proscrire les aliments flatueux, et tous ceux qui, sans être tels pour la généralité des hommes, se montrent malheureusement doués de la même propriété par rapport à l'idiosyncrasie de l'individu donné. C'est là en dire assez pour faire voir que le régime qui doit être imposé à chacun de nos cliens tourmentés de flatuosités ne peut s'instituer d'emblée, *à priori* et avant les tâtonnemens nécessaires pour la connaissance complète de toutes les idiosyncrasies digestives de l'individu. Après cela, ai-je encore besoin d'ajouter que les carminatifs (182. G. 0.), médicamens généralement utiles pour l'expulsion des flatuosités une fois produites, ne doivent intervenir dans le traitement de certaines personnes qu'avec beaucoup de réserve? Combien de fois leur abus n'a-t-il pas accru, selon le témoignage de maints et maints praticiens, la disposition même de l'économie à la production des flatuosités! Ne serait-ce pas que la vertu légèrement irritante par laquelle ils excitent la contractilité du tube digestif peut très bien créer ou exaspérer un état particulier d'irritation dans lequel la membrane muqueuse deviendrait le siége d'une supersécrétion gazeuse? Quoi qu'il en soit, en définitive, il faut, par exemple, à tel homme, pour digérer sans flatuosités, une diète stimulante, aromatique, épicée; à tel autre, une diète toute contraire.

C. Dans les accès très douloureux de pneumatose gastro-intestinale, qui peuvent survenir en dehors de la digestion, notamment chez les hypocondriaques et les hystériques, l'emploi d'une préparation opiacée, et surtout du laudanum, a bien des fois réussi à calmer avec une promptitude merveilleuse l'état des malades.

D. Y a-t-il, dans l'espèce humaine, des cas où l'ammoniaque agirait comme remède souverain, spécifique et vraiment nosocratique (132. B.), de la pneumatose gastro-intestinale, en s'emparant du gaz acide carbonique qui, en pareil cas, ferait seul ou presque seul tout le mal? Cela semble très probable, à en juger par analogie avec ce qu'on voit arriver assez fréquemment chez les bestiaux, avec cette tympanite que leur occasionne un énorme développement de gaz carbonique à l'intérieur de la panse après une copieuse ingestion d'herbes vertes, et qui cède et disparaît, à ce qu'assurent de graves observateurs, dès l'administration

d'une suffisante dose d'ammoniaque. Mais, après tout, comment distinguer, et reconnaître, chez l'homme, un cas analogue? Jusqu'à présent, donc, nous ne pouvons prescrire l'ammoniaque pour fait de pneumatose qu'à titre d'aveugle tâtonnement.

E. Ce n'est guère non plus qu'à titre de tâtonnement que nous prescrirons quelquefois les divers médicamens dits *absorbans internes* (132. D. α.).

F. Poudre de charbon (132. C. 6.). Voilà encore un médicament que la théorie proclame être propre à rendre des services dans le traitement des pneumatoses gastro-intestinales. Mais, dans quels cas précisément, et jusqu'à quel point la pratique peut-elle y placer sa confiance? Problème à peine exploré.

G. En cas de tympanite excessive, et qui, par elle-même, met le malade en danger de mort prochaine, le jette, par exemple, dans un état de suffocation imminente, quelles ressources avons-nous encore pour écarter la funeste catastrophe, pour prolonger la vie, et même, s'il y a lieu, pour nous donner le temps de remédier à la maladie essentielle, et d'obtenir une guérison radicale? 1° Appliquons et maintenons sans interruption sur l'abdomen des vessies remplies de glace, faisons avaler de l'eau glacée, et même aussi de la glace par petits morceaux, afin de condenser le volume des gaz. 2° Introduisons la sonde œsophagienne dans l'estomac ou dans le gros intestin, soit en l'employant toute seule, soit en y adaptant une pompe, afin d'évacuer une partie de la masse gazeuse. 3° A la dernière extrémité, pratiquons la ponction avec un trois-quarts très fin : à en croire quelques chirurgiens qui assurent avoir exécuté ladite opération avec un certain succès, cette manière d'ouvrir aux gaz une issue artificielle ne serait pas aussi funeste, aussi promptement meurtrière que l'ont prétendu la plupart des auteurs.

ARTICLE III.

EMPHYSÈME PULMONAIRE.

1082. *Bibliographie.* — RUYSCH. — (*Observationum anatomico-chirurgicarum centuria.* Amsterdam, 1691, in-4°). Obs. XIX, XX et XXI (Trois observations de sujets qui avaient été, de leur vivant, atteints de dyspnée et d'orthopnée). — « Dans une partie » du poumon, » dit Ruysch, « je trouvai un amas de vésicules » transparentes dilatées par l'air, et closes de telle façon que je ne » pouvais, par une légère compression, les rendre vides d'air. Je » m'assurai par expérience que le souffle de la respiration, poussé » dans la trachée-artère, n'avait plus de communication avec ces » vésicules dilatées. Puis, en insufflant l'air par là violemment, » on voyait crever quelques unes de ces vésicules. »

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*). — Ep. IV, art. 24-5. (Cas d'un charcutier qui mourut subitement deux jours après une forte intumescence de la joue gauche et de la région correspondante du cou : ce qui me paraît ne pas avoir été autre chose qu'une intumescence emphysémateuse. Autopsie : « Les poumons, gonflés et » pesans, remplissaient presque toute la cavité du thorax ; ils étaient » pourtant beaucoup moins pesans que gonflés, car ils contenaient » beaucoup d'air, et pas beaucoup de sérosité : aussi avaient-ils » leur mollesse et leur couleur naturelles. » C'est bien là un emphysème pulmonaire, mais non reconnu comme cause de la mort, que Morgagni attribue à l'apoplexie). — Epist. XV, art. 6-7. « Un » homme de quarante ans venait d'échapper à une fièvre aiguë, ac- » compagnée de délire et de coma, lorsque, après avoir commis » des erreurs de régime en fait de nourriture et de boissons et par » un maniement assidu du chanvre, il est obligé de s'aliter de » nouveau avec une grave lésion de la respiration. Il ne respire » que la tête haute et avec sifflement..... Enfin, quatre ou cinq » heures après avoir pris un bol contenant de l'opium, comme il » ne pouvait plus endurer le lit, il marche ; puis, en se recouchant, » il expire à l'improviste. A l'ouverture du ventre et du thorax, » tous les viscères furent trouvés sains, tous, excepté les POU- » MONS ; encore ceux-ci n'avaient-ils rien autre de remarquable » que d'être FORT GONFLÉS D'AIR, et parsemés çà et là de taches » noires..... » — Epist. XVIII, art. 14. « Un chasseur, qui avait » presque constamment l'haleine courte (*brevispirus*, mot forgé par » Morgagni),..... disait depuis une huitaine de jours se sentir » moins bien portant, mais ne se plaignait que de l'estomac (*de* » *stomacho*) ;..... ayant pris sur le midi un peu de nourriture, il » fut forcé de se mettre au lit, et à peine eut-il appelé sa femme, » qu'il cessa de vivre. — Les POUMONS étaient extrêmement GONFLÉS » D'AIR..... » — Epist. XXII, art. 12. (Cas d'emphysème, mais avec une évidente description d'un emphysème partiel du poumon. « Quant au lobe supérieur du poumon gauche,..... il avait, dans » les points qui font face à la clavicule, ses vésicules merveilleuse- » ment augmentées ; quelques unes égalaient en grandeur une » aveline ; les autres étaient beaucoup plus petites. Il y en avait de » sphériques ; la forme des autres était oblongue et ovale : toutes » étaient pleines d'air..... L'une d'elles, en outre, présenta » quelques trous extrêmement petits, béans à sa surface inté- » rieure. »

BRESCHET. — (Dans le *Dict. des sc. méd.* — T. XII, art. *Emphysème*). — Pag. 6-8 (*Emphys. des poumons*). — On trouve là une

observation fort curieuse, — communiquée par M. Marjolin, — d'un enfant de trente-deux mois, qui présenta, à la suite de violens accès d'une toux convulsive, un emphysème sous-cutané, débutant au-dessus du sternum, puis étendu de proche en proche au tronc tout entier et aux membres (consécutivement, sans aucun doute, à un emphysème et à une rupture du parenchyme pulmonaire), et guérit au bout de huit jours, chose heureuse et remarquable, par l'emploi des narcotiques à l'intérieur et l'application de compresses imbibées de vin aromatique sur tout le corps. — Pag. 15-21 : là, Breschet revient encore sur l'emphysème pulmonaire, et, indépendamment des exemples que son érudition lui en fournit, il consigne tout au long une observation, recueillie par M. Magendie, d'un cas de cette pneumatose qui survint chez une petite fille de cinq ans dans le cours de la coqueluche, et, à l'inverse du cas de M. Marjolin, eut une issue mortelle.

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*). IIe partie, sect. II, chap. 3, *De l'emphysème du poumon.*

JULES CLOQUET. *De l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique.* (Dans le *Nouveau Journal de méd.*, septembre 1819.) — VIe observ., *Emphysème du poumon déterminé par une toux vive.* — VIIe observ., *Emphysème du poumon, suite de violents efforts.* (Chez un gendarme âgé de vingt ans, qui, dans une pensée de suicide, avait avalé de l'acide sulfurique, puis s'était jeté à l'eau. Efforts de natation, afin de se sauver. — Efforts répétés de vomissemens par suite de l'empoisonnement. — Mort.)

LEROY (d'Étiolles). *Recherches sur l'asphyxie* (Dans le *Journ. de physiologie expérimentale et pathologique, par M. Magendie*, année 1827. — T. VII).

— *Second mémoire sur l'asphyxie :* lu à l'Acad. des sciences, 9 juin 1828. (*Ibidem*, t. VIII.)

MAGENDIE. *Rapport fait à l'Acad. des sc. sur un Mém. de M. Leroy d'Étiolles, relatif l'insufflation du poumon, considérée comme moyen de secours à donner aux personnes noyées ou asphyxiées.* (*Ibid.*, année 1829. — T. IX.)

PIEDAGNEL. — *Recherches anatomiques et physiologiques sur l'emphysème du poumon.* (Dans le *Journal de physiologie expérimentale et pathologique, par M. Magendie*, t. IX.) — Conclusions : 1° la crépitation n'est pas le caractère des poumons sains ; 2° la crépitation n'est due qu'à la déchirure des vésicules pulmonaires, soit par suite d'insufflation, soit sous la simple pression de la main ; 3° la crépitation est un signe de l'emphysème du poumon, comme elle l'est de l'emphysème sous-cutané.

OLLIVIER (d'Angers). *Observations de mort subite causée par une lésion spontanée des poumons.* (Dans les *Archives*, février 1833.) — La lésion dont il s'agit, c'est l'emphysème.

LOUIS. *Recherches sur l'emphysème des poumons.* (Dans les *Mém. de la soc. médicale d'observation de Paris*, t. I, p. 160-261.) — Travail reproduit, à quelques coupures près, dans le *Répert.*, t. XI, art. *Emphysème des poumons.*

BEAU. — (*Ét. théor. et prat. sur les différens bruits qui se produisent dans les voies respiratoires.* Travail déjà cité, n° 46. F. γ.) Voir la partie relative à l'*Emphysème du poumon* (Dans les *Archives*, octobre et décembre 1840).

DEVERGIE (Alphonse). *De l'emphysème pulmonaire envisagé comme caractère anatomique de la mort par asphyxie.* (Dans *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, avril 1841.)

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 193-212.) — Art. *Emphysème pulmonaire.*

DEPAUL. *De l'emphysème qui succède brusquement à la rupture de l'un des points des voies aériennes, de son siége et de ses terminaisons.* (Dans *Gaz. méd.*, année 1842, n° 44). — Remarquons particulièrement, dans cet intéressant mémoire, l'observation d'un emphysème pulmonaire survenu pendant le travail de l'accouchement, et qui paraît bien avoir été la cause de la mort.

VALLEIX. — (*Guide du médecin*, — t. II, chap. V.)

PRUS. *De l'emphysème pulmonaire chez les asphyxiés par strangulation.* (Dans *Transactions médicales*, octobre 1832.)

— *De l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort.* Mémoire lu à l'Académie roy. de médecine, séance du 24 mai 1842. (Dans le t. X des *Mém. de l'Acad.*) — Voir aussi le *Rapport* de M. Adelon sur ledit mémoire, dans le *Bulletin de l'Acad.*, t. VIII, p. 686 et suiv.

BÉROUD. *De l'asthme.* Th. inaug. Paris, 1842, n° 195.

GAVARRET. *De l'emphysème des poumons et de ses rapports avec les différentes maladies du cœur et des bronches.* Thèse inaug. Paris, 1843, n° 36.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Traité clin. et prat. des mal. des enfans.*) Ire classe, chap. III, *Emphysème.* — T. Ier, p. 134-40.

1083. *Définition.* — Emphysème pulmonaire et pneumatose pulmonaire, c'est tout un dans notre vocabulaire; ce sont là, pour nous, deux expressions entièrement synonymes. A ce point de vue (1065), donc, l'emphysème pulmonaire peut très bien être défini comme il suit :

genre de maladie qui consiste anatomiquement en ce que le poumon contient beaucoup plus d'air qu'à l'état normal. Voilà une définition qui prend pour base un fait pathologique unanimement reconnu, et assez facile, en effet, à reconnaître, tant sur le vivant que sur le cadavre. Jusque là, les pathologistes n'ont aucune raison de se diviser en deux camps. Mais, si l'on veut aller au fond des choses, si l'on veut, dans la définition même, déterminer où se trouve précisément, entre les divers élémens du parenchyme pulmonaire, le siége de la pneumatose, alors commence une controverse sérieuse; alors, devant la scission profonde qui, à cet égard, existe entre les autorités les plus graves et les plus imposantes, notre jugement hésite, en vérité, à se fixer et à se formuler dogmatiquement.

D'une part, Laënnec, et, après lui, M. Louis, ont admis deux espèces d'emphysème pulmonaires radicalement différentes entre elles, c'est à savoir : 1° un emphysème vésiculaire, soi-disant constitué par la dilatation des vésicules pulmonaires, qui de leurs dimensions microscopiques parviendraient ainsi à égaler le volume d'un *grain de millet*, d'un *grain de chènevis*, d'un *noyau de cerise* ou même d'un *haricot* (Laenn., *loc. cit.*, t. I, p. 289) ; 2° un emphysème extra-vésiculaire, interlobulaire, sous-pleural, dû à une évidente infiltration d'air dans le tissu cellulaire des poumons.

D'autre part, des anatomo-pathologistes éminens, et notamment en première ligne MM. Magendie, Prus, Piedagnel, Rochoux, Bouvier, Gavarret, etc., nient que la dilatation seule des vésicules pulmonaires puisse jamais atteindre des dimensions visibles à l'œil nu, puisse jamais être autre chose qu'un phénomène inappréciable et insignifiant en lui-même. Dans l'emphysème vésiculaire de Laënnec, ils ne veulent voir non plus qu'une infiltration d'air en dehors des voies aériennes, un effet dû à la rupture, et non à la simple dilatation des vésicules, un premier degré de l'emphysème interlobulaire, en un mot, un emphysème intervésiculaire.

Entre ces deux opinions, qui partagent aujourd'hui le monde médical, j'avouerai que je penche fort en faveur de la seconde. A telles enseignes, même, que je juge à propos de parler désormais comme si j'adoptais sans réserve cette opinion, plutôt que de condamner perpétuellement mon langage à la manière embarrassée et vague de la neutralité et du doute.

Ainsi donc, avec M. Prus (*loc. cit.*, p. 14), nous définirons l'emphysème pulmonaire une infiltration de l'air, soit dans le tissu cellulaire intervésiculaire, soit dans le tissu cellulaire interlobulaire et sous-pleural. Notons, par parenthèse, que, dans cette manière de voir, le terme d'emphysème ne se trouve pas, comme dans l'hypothèse de l'emphysème

vésiculaire de Laënnec, avoir reçu une extension abusive et impropre, mais qu'il conserve alors une signification rigoureusement conforme à celle qui depuis longtemps y est attribuée, et qui a, pour ainsi dire, acquis force de loi. (Voir ci-après, article V, *Emphysème spontané du tissu cellulaire libre.*)

Voici, au surplus, comment M. Prus a résumé les raisons de la doctrine qu'il professe, et à laquelle nous venons de souscrire :

« J'ignore, » dit-il, « et je pense qu'il est difficile de savoir quelle est » la distension que les vésicules pulmonaires peuvent subir sans se » rompre. Bien plus, la dilatation des vésicules non rompues est une » chose difficile à prouver..... Cette dilatation des vésicules, qui ne peut » pas dépasser des limites assez étroites sans amener leur rupture, est en » elle-même une lésion légère qui ne peut acquérir d'importance que si » on la considère comme un commencement de l'emphysème pulmo- » naire, c'est-à-dire du passage de l'air dans le tissu cellulaire intervé- » siculaire.

» Des raisons tirées de l'anatomie, de la physiologie et de la pa- » thologie paraissent devoir lever tous les doutes sur la question qui nous » occupe.

» Quand on cherche à examiner les vésicules pulmonaires dans un » poumon sain, on a beaucoup de peine à les distinguer, attendu leur » très petite dimension. C'est le volume extrêmement petit de ces or- » ganes qui a engendré ces longues disputes qui ont trop longtemps di- » visé les auteurs sur leur disposition. Comment voudrait-on que ces » vésicules pussent, sans se rompre, acquérir assez d'ampleur pour » égaler un grain d'orge, un noyau de cerise, etc. ? Une semblable di- » latation, qui décuplerait et au-delà la cavité de ces petits corps, rom- » prait nécessairement des parois que nous allons voir être d'une grande » fragilité.

» M. Piedagnel avait fort bien vu que l'insufflation modérée, pratiquée » sur un poumon sain, produit une augmentation de volume qui cesse » par la contractilité du tissu pulmonaire, contractilité d'autant plus » prononcée qu'on se rapproche davantage de l'enfance ; tous les lobes » reviennent, en un temps, sur eux-mêmes.

» L'insufflation forcée, au contraire, produit la distension perma- » nente de l'organe ; cette distension est inégale ; on voit l'air marcher » dans diverses directions. Lorsqu'on cesse de pousser le fluide, le » poumon revient sur lui-même d'une manière incomplète. Quelques » portions restent plus saillantes ; d'autres semblent vouloir s'affaisser et » être retenues sur les parties voisines ; mais, en totalité, l'organe pré- » sente un volume plus considérable qu'avant l'expérience. »

« D'où vient cette différence si apparente dans le retrait du poumon,

» si ce n'est de ce que, dans le premier cas, une insufflation modérée » a distendu les vésicules pulmonaires sans les rompre, et leur a permis » de chasser l'air en revenant sur elles mêmes, tandis que, dans le se- » cond cas, une insufflation forcée a rompu les vésicules, et a déter- » miné dans le tissu cellulaire intervésiculaire un épanchement d'air » qui a persisté et a empêché le poumon de reprendre son volume pri- » mitif ?

. . . .

» L'anatomie pathologique vient encore prouver que le siége de » l'emphysème pulmonaire est dans le tissu cellulaire intervésiculaire.

» Ce qui distingue un poumon emphysémateux d'un poumon sain, » c'est que ce dernier, mis à découvert, s'affaisse rapidement et com- » plétement par la pression de l'air atmosphérique, ou, au moins, par » la pression de la main, tandis que, sous l'influence des mêmes agens, » le volume du second ne diminue que très peu, et quelquefois même » pas du tout. La cause de cette différence, c'est le siége différent de » l'air. Dans le premier cas, ce fluide étant dans les vésicules et les » bronches, la compression extérieure le chasse par la trachée. Dans le » second cas, au contraire, l'air épanché dans les mailles du tissu cel- » lulaire intervésiculaire ne peut s'échapper, même par la voie qu'il » avait prise pour entrer, attendu que les vésicules déchirées sont apla- » ties absolument comme une vessie distendue qui viendrait à se rompre. » Cet aplatissement est encore augmenté par la pression qu'exerce l'air » enfermé dans le tissu cellulaire ambiant..... » (Prus, *loc. cit.*, p. 14-17.)

1084. *Synonymie.* — A. Asthme : vulgairement et dans la langue des nosographes symptomatistes, lorsque l'emphysème pulmonaire existe à titre de maladie chronique, ce que nous verrons être le cas le plus ordinaire.

B. Phthisie aérienne (*Phthisis aerea*), de Storck (*Annus medicus.* Vienne, 1759. - Pag. 114) : particulièrement pour les cas dans lesquels l'emphysème pulmonaire, en l'absence de tout autre vice organique grave, se montre comme une cause de consomption et de mort; dans lesquels il amène, seul, une diminution progressive de l'hématose, une cyanose plus ou moins prononcée, et enfin la dyspnée suffocante et l'apnée. Cas beaucoup plus rares que Storck ne le pensait, mais qui ne sont que trop réels.

C. Pousse : dans le vocabulaire des maladies du cheval.

1085. *Quelques aphorismes en ce qui concerne particulièrement le siége du mal.* — A. Il va sans dire, mais je crois bon de le faire remarquer, que l'emphysème pulmonaire ne peut constituer une maladie, ne peut produire tout ou partie des symptômes ci-après exposés (1086),

que s'il occupe une étendue assez considérable du viscère. Sinon, ce n'est qu'un vice anatomique d'une complète insignifiance, en un mot, rien qu'une minutie nécroscopique.

B. A la rigueur, on peut distinguer trois sortes ou trois degrés anatomiques d'emphysème pulmonaire : le premier degré, c'est l'emphysème vésiculaire de Laënnec, emphysème intervésiculaire de M. Prus, emphysème pseudo-vésiculaire, ainsi proposerai-je, pour ma part, de le qualifier ; car, suivant la judicieuse remarque de M. Prus (*loc. cit.*, p. 17), « en voyant, à travers la plèvre pulmonaire, la régularité » presque parfaite des petits corps arrondis existans sous cette membrane dans des poumons affectés d'emphysème intervésiculaire, on n'a » pas cru que cette régularité pût ne pas appartenir à des vésicules » pulmonaires, et dépendre des vacuoles du tissu cellulaire du poumon ; » voilà ce qui a causé et ce qui, jusqu'à un certain point, justifie la méprise d'un aussi habile anatomo-pathologiste que Laënnec et de tant d'autres observateurs éminens, dont l'esprit a complaisamment accepté l'hypothèse de la dilatation énorme des vésicules. Le second degré, c'est l'emphysème interlobulaire, et le troisième, enfin, c'est l'emphysème sous-pleural. Mais, à ne suivre que les exigences réelles de la nosographie, et pour ne pas multiplier les espèces de maladies au-delà de ce que les données de la symptomatologie nous permettent aujourd'hui, nous devons nous borner à poser formellement deux espèces, d'abord l'emphysème pseudo-vésiculaire ou à petites bulles, puis l'emphysème à grosses bulles, qui comprend les deux autres degrés anatomiques. L'emphysème pseudo-vésiculaire est l'espèce la plus fréquente, sans comparaison ; c'est une affection essentiellement chronique, qui finit quelquefois par entraîner le développement et les accidens aigus de l'emphysème à grosses bulles. Celui-ci, indépendamment de ce mode de développement deutéropathique, peut aussi survenir d'emblée et protopathiquement dans certaines circonstances que nous dirons ci-après.

C. L'emphysème peut être borné à un seul poumon, à un seul lobe, à une portion de lobe. Ai-je besoin de dire que, toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité des symptômes est en raison de l'étendue de l'emphysème ?

D. En général, l'emphysème pseudo-vésiculaire a une étendue d'autant plus grande, et se montre compliqué de bulles d'emphysème interlobulaire et sous-pleural d'autant plus nombreuses, que la date d'apparition des premiers symptômes est plus ancienne. C'est là un des points clairement établis par les recherches de M. Louis.

1086. *Symptômes principaux.* — (1085. A. — et C.). — A. *Voussures extraordinaires du thorax :* d'après lesquelles on peut, à distance et en parcourant d'un coup d'œil l'habitude extérieure, présumer,

sinon reconnaître, l'existence de l'emphysème, mais qui ne sont là, il faut le dire, que lorsque l'emphysème est ancien et très considérable. En cas d'emphysème général des deux poumons, le devant de la poitrine présente un excès de convexité, soit particulièrement en haut, soit en bas, selon que le diaphragme se sera maintenu à son niveau ou se sera laissé refouler : ajoutons que, avec une situation à peu près naturelle du diaphragme, les épaules sont fort élevées et déjetées en dehors, et que, avec la dépression de cette cloison musculeuse, elles conservent leur état ordinaire. En cas d'emphysème partiel, saillie locale de la paroi thoracique dans une étendue correspondante; là, les espaces intercostaux sont élargis et bombés. Le creux des régions sous et sus-claviculaires peut, selon les cas, être diminué, effacé, voire même transformé en une surface convexe. C'est bien à tort que certains auteurs nient absolument la réalité des voussures thoraciques comme effet et comme symptôme de l'emphysème pseudo-vésiculaire, et ne veulent jamais y voir autre chose que des voussures pour ainsi dire physiologiques, que des variétés de conformation naturelle. Ces voussures-là, que M. Louis a si exactement constatées chez une forte proportion des sujets atteints de la maladie susdite, on les a vues plus d'une fois se former et grandir au fur et à mesure que la maladie faisait des progrès : exemple, la V[e] observation du mémoire de M. Prus (*loc. cit.*, p. 37 et p. 39).

B. *Coloration bleuâtre des lèvres, des joues, du nez, des conjonctives, des mains*, etc. (Cyanose): autre phénomène d'habitude extérieure, encore plus frappant de prime abord que celui qui précède; mais propre seulement aux cas où l'emphysème est très considérable, l'hématose par conséquent très entravée, et la dyspnée très prononcée.

C. *Sonorité exagérée du thorax à la percussion :* soit d'un seul côté, et même dans un espace circonscrit, soit, au contraire, des deux côtés à la fois, selon l'étendue de l'emphysème. Sonorité d'autant plus claire que l'infiltration gazeuse du parenchyme pulmonaire est parvenue à un plus haut degré. Ne manquons pas d'ajouter que, dans certains cas, la percussion retrouve encore une semblable sonorité beaucoup plus bas que la région dorsale ne la lui présente d'ordinaire : ainsi fait-elle reconnaître le refoulement du diaphragme (A), et la présence des poumons au-delà de leurs limites naturelles, voire même parfois jusqu'au-dessous du niveau de la dernière côte (Prus, IV[e] observation, *loc. cit.*, p. 31). Il n'est pas très rare que la région précordiale elle-même rende un son clair, et même très clair, soit parce que le cœur est débordé et recouvert antérieurement par une lame de poumon emphysémateux, soit parce qu'il se trouve tombé plus ou moins bas avec le refoulement du diaphragme, ou bien encore, mais beaucoup plus rarement, déjeté à droite par un excès de turgescence du poumon gauche.

D. *Dyspnée :* plus ou moins considérable ; bornée, chez les uns, — chez ceux, par exemple, qui commencent à être atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, — à ce qu'on appelle l'haleine courte, de manière que ces individus-là ne s'aperçoivent et n'ont à se plaindre d'une gêne de respiration qu'autant qu'ils se mettent à courir, à déclamer, à chanter, etc., étant vite essoufflés en pareille circonstance; très forte et très pénible chez les autres, voire même poussée trop souvent jusqu'à la respiration sifflante, jusqu'à l'orthopnée, jusqu'au degré de dyspnée suffocante et à l'impossibilité de parler, et, enfin, jusqu'à l'apnée. Ce que l'observation brute nous oblige de proclamer, ce que le mémoire de M. Louis a parfaitement mis en évidence, c'est que, généralement, pour ne pas dire toujours, chez les sujets atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, la dyspnée, au lieu de s'accroître à la longue par progrès réguliers et insensibles, offre à divers intervalles des époques d'exacerbation d'une durée plus ou moins longue, d'une gravité plus ou moins alarmante. Mais, à vrai dire, dans mon opinion et au point de vue sous lequel je crois devoir interpréter les données de l'observation, ces exacerbations sont bien moins le fait de l'emphysème même que des affections par lesquelles l'emphysème est produit et aggravé ; elles sont dues à des accès d'asthme, par exemple, ou à l'intervention de la bronchite, qui, chez ces sujets-là particulièrement, existe souvent sous forme latente et sèche, et se renouvelle ou s'exaspère à fréquentes reprises par l'effet surtout des vicissitudes atmosphériques.

E. *Toux :* sèche, si ce n'est nulle, — tant que l'emphysème pulmonaire existe pur et simple, cas assez rare. — ou, en d'autres termes, tant qu'il n'est pas compliqué de sécrétions dues à la bronchite (505. A. ε. — et 510. C.), et à la bronchorrhée (1000 — et 1002).

F. *Bruit respiratoire, faible ou nul :* quand on ausculte le thorax dans les points correspondans à une partie de poumon emphysémateuse, ce qui fait contraste, d'une façon très remarquable et vraiment significative, avec l'excès de sonorité de ces mêmes points. Ajoutons ici qu'en ce qui concerne l'exploration du bruit respiratoire, il importe de signaler un phénomène, assurément bien fait pour frapper l'attention et pour éclairer, au besoin, le diagnostic, c'est que, dans certains cas, dans ceux, veux-je dire, où l'emphysème pulmonaire va jusqu'à produire le refoulement excessif du diaphragme, l'abaissement du foie, etc., le bruit respiratoire s'étend plus bas que d'ordinaire : à telles enseignes que, parfois, il se fait entendre, en arrière, au niveau de l'articulation de la dernière côte (Prus, *loc. cit.*, observ. IX), et même à trois travers de doigt au-dessous (Prus, *loc. cit.*, observ. V) ; — et, en avant, selon le professeur Stokes de Dublin, à deux pouces (cinq à six centimètres, nouveau style) au-dessous de l'appendice xiphoïde.

G. *Respiration légèrement bronchique* : symptôme signalé par quelques observateurs, et rencontré par moi-même, chez des sujets atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, pendant les accès de dyspnée suffocante; apparu et disparu, par exemple, avec un accès de quelques heures. Mais ne serait-ce pas qu'un semblable phénomène, au lieu de dériver immédiatement de l'emphysème, est alors l'effet et le signe d'un certain degré d'hyperémie pulmonaire approchant de la pneumonie ?

H. *Râles* : sibilans, ronflans, sous-crépitans, muqueux, tantôt se montrant à part les uns des autres chez tels et tels sujets, tantôt se montrant tous ensemble chez le même sujet. Les trois premières espèces de râles sont, sans contredit, les plus ordinairement liées à la présence de l'emphysème, qui pourrait donc passer, avec quelque apparence de raison, pour être leur seule et unique cause, encore bien qu'il existe et sévisse quelquefois sans aucune sorte de râle. Quant au râle muqueux, personne n'a songé ni ne songe à y voir autre chose qu'un effet de la bronchite qui complique l'emphysème. Laënnec s'était cru en droit de poser ce qu'il appelait le *râle crépitant sec à grosses bulles*, comme un signe pathognomonique de l'emphysème pseudo-vésiculaire (*loc. cit.*, t. Ier, p. 308-9) ; c'est là une des rares erreurs qui lui sont échappées dans la nouvelle sphère d'investigations séméiologiques par lui ouverte et par lui presque entièrement exploitée. Conformément aux habiles et consciencieuses observations de M. Louis, notre propre expérience ne nous permet de reconnaître, là, qu'un râle sous-crépitant, que l'oreille voudrait en vain distinguer de celui de la bronchite.

1087. *Marche de la maladie.* — Sous ce rapport, rien de plus simple et de plus naturel que de distinguer, même *à priori*, deux cas principaux, savoir : 1° l'emphysème pulmonaire aigu, 2° l'emphysème pulmonaire chronique. Mais ce qu'il importe bien de remarquer, c'est que précisément ces deux cas correspondent aux deux espèces qui viennent d'être posées plus haut sous le point de vue du degré anatomique de l'infiltration gazeuse (1085. B.). Cela va devenir évident par les deux aperçus qui suivent.

A. *Emphysème pulmonaire aigu*, ou *Emphysème à grosses bulles* (Emphysème interlobulaire et sous-pleural des auteurs) : c'est lorsque tout-à-coup, — et ordinairement, sinon toujours, à raison de violens efforts de respiration dans une condition quelconque de grave dyspnée, — l'air, s'échappant au travers des vésicules pulmonaires qui crèvent, fait irruption en quantité considérable dans les espaces interlobulaires et au-dessous de la plèvre. Quelquefois même, comme dans le cas observé par M. Marjolin (1082), cette invasion d'air peut rompre la plèvre, là surtout où la fragilité de la membrane séreuse n'est point protégée par les parois solides du thorax, pénétrer ainsi dans le tissu cellulaire du

médiastin, puis de là s'étendre au cou et y devenir, s'il est permis d'ainsi parler, visible et tangible; puis enfin, en gagnant de proche en proche, constituer un emphysème universel. Qu'après les apparences les plus alarmantes, après les plus cruelles angoisses d'une véritable imminence de suffocation, l'emphysème pulmonaire aigu puisse aboutir à complète et solide guérison par une résorption plus ou moins prompte de l'air infiltré : c'est ce qu'il est permis de pressentir par analogie avec la manière dont se comporte l'emphysème traumatique du tissu cellulaire libre, cas beaucoup plus ordinaire à voir, ou du moins, comme de raison, beaucoup plus ordinairement constaté sur le vivant. C'est ce dont fait foi, de la façon la plus éclatante, le cas de M. Marjolin. C'est ce que professait Laënnec, mais avec une sécurité trop absolue, en disant de l'emphysème interlobulaire, qui, encore une fois, est précisément l'espèce nosographique dont il s'agit ici : « Je n'ai vu mourir » personne de cette affection seule, et j'ai vu guérir plus ou moins » rapidement plusieurs sujets qui en présentaient les signes de la ma» nière la plus évidente et dans une grande étendue. » (*Loc. cit.*, t. Ier, p. 345.— Suivent deux exemples à l'appui.) D'autre part, hélas! il est malheureusement trop vrai et trop bien démontré que l'emphysème pulmonaire à grosses bulles, pourvu certes qu'il occupe une étendue suffisante (1085. A.), peut devenir une cause de mort, même de mort subite, par voie de dyspnée suffocante et d'apnée ; témoin, entre autres exemples, les cas recueillis et si exactement décrits par M. Magendie et par Ollivier d'Angers (1082). Terminons en ajoutant que Laënnec avait à tort signalé, sous le nom de frottement ascendant et descendant, le frottement pleural comme un signe pathognomonique de l'emphysème ici en question : ce sont surtout les erreurs des grands maîtres de l'art qui doivent être dites et relevées dans un ouvrage tel que le nôtre, destiné à initier les esprits aux faits principaux de la pathologie, et à les préparer à l'étude des sources classiques.

B. *Emphysème pulmonaire chronique*, ou *Emphysème pseudo-vésiculaire :* c'est lorsque l'infiltration d'air reste exclusivement ou du moins principalement bornée au tissu cellulaire intervésiculaire ; ou bien, en d'autres termes, si l'on aime mieux, c'est lorsqu'elle s'établit, s'étend et se généralise peu à peu et à la longue sous forme de petites bulles, par l'effet d'irruptions moins violentes que dans l'espèce qui précède (A.), mais fréquemment renouvelées, si ce n'est même continuelles. Ainsi, par exemple, chez bien des individus, cette affection commence à se manifester dès l'enfance pour se perpétuer ensuite jusqu'à un âge très avancé. Une fois établie de manière à être indubitablement diagnostiquée, de manière à être bien et dûment reconnue, elle est dès lors, à ce qu'il paraît, et comme le démontrent les recherches de M. Louis, enracinée

pour toujours dans l'économie : elle persiste, soit au même point une ou plusieurs années, soit en s'aggravant avec plus ou moins de rapidité (1085. D). Pourquoi cette persistance ? pourquoi cette incurabilité, qui contraste d'un façon singulière, j'allais dire presque inexplicable, avec la curabilité de l'emphysème pulmonaire aigu, avec la facilité qu'ont les gaz en général, et l'air atmosphérique en particulier, d'être repris par l'absorption interstitielle? Serait-ce, tout simplement, parce que les maladies protopathiques dont dépend toujours, comme nous le verrons, la production de l'emphysème pseudo-vésiculaire, continuent elles-mêmes d'exister ou reviennent de temps à autre, de telle sorte précisément que l'emphysème se maintienne dans le même état, si même il ne s'aggrave pas ? Ou bien, plutôt, serait-ce que, le parenchyme pulmonaire étant une fois creusé de cavernules intervésiculaires dans lesquelles l'air extravasé aura séjourné assez longtemps pour oblitérer irrévocablement par compression les vésicules d'alentour, ces cavernules acquièrent, pour ainsi dire, droit de cité dans la structure du viscère, subsistent indéfiniment, et, quoiqu'elles soient, à proprement parler, en dehors des voies respiratoires, n'en sont pas moins toujours pleines d'air, faute de résorption ou grâce à un renouvellement dont il est facile, après tout, pour le compte d'un organe tel que le poumon, de donner une explication quelconque par la porosité, l'endosmose ou autrement encore? Quoi qu'il en soit, je le répète, l'emphysème pseudo-vésiculaire peut durer nombre d'années sans compromettre la vie. Il est, certes, fort rare qu'on le voie, à lui seul, et même y compris le développement de bulles plus ou moins nombreuses d'emphysème interlobulaire et sous-pleural, constituer tout le désordre anatomique auquel la mort soit imputable. Presque toujours, outre l'emphysème pulmonaire, chez les sujets qui succombent, l'autopsie constate, si tant est que le diagnostic ne l'ait pas déjà reconnu sur le vivant, quelque autre vice organique, notamment du côté des poumons, — une pneumonie, par exemple, ou des tubercules, etc. Nul doute, d'ailleurs, que l'emphysème n'ajoute beaucoup aux chances mortelles de la nouvelle maladie dont le poumon vient à être attaqué et pour ainsi dire surchargé. Mais, de plus, on ne peut se refuser à reconnaître qu'il y a des cas, tant rares soient-ils, où l'emphysème pulmonaire chronique finit par conduire au tombeau en vertu de ses seuls progrès et sans l'intervention d'aucun autre vice anatomique. C'est ce que prouvent invinciblement les faits observés à Bicêtre et à la Salpêtrière par M. Prus, entre lesquels nous citerons particulièrement, comme étant des plus concluans, le cas du nommé Miner : cet homme, ayant eu l'haleine courte dès l'enfance, sujet à des accès irréguliers d'asthme, mourut à soixante-dix-neuf ans dans un de ces accès, et son autopsie, minutieusement faite, ne présenta rien autre d'impor-

tant que l'emphysème pulmonaire dont M. Prus avait constaté l'existence et suivi les progrès depuis environ deux ans (Prus, *loc. cit.*, III[me] observ.). A la catégorie de ces faits si bien mis en relief par M. Prus, je crois devoir en rattacher un que j'ai rencontré dans ma pratique d'hôpital, et que voici en substance : — Louis Moisy, terrassier, âgé de soixante-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Antoine, n° 7, 25 mars 1841 (internat de M. Grandhomme). Diagnostic : Emphysème pulmonaire. Grande dyspnée. Saignée, opium, et autres remèdes accessoires. Point d'amélioration. Le 5 avril, phénomènes de suffocation commençante. Le 7, mort. *Autopsie :* poumons volumineux, rebondissans hors du thorax au moment de l'ouverture de cette cavité, très légers, très crépitans, hyperémiés postérieurement et inférieurement, mais à un faible degré ; emphysème *vésiculaire* (*sic*, dans mes notes) ; emphysème sous-pleural très notable, bulles larges se déplaçant aisément devant le doigt qui les pousse ; au sommet de l'un et l'autre poumon, dépression formée par une cicatrice ancienne, à laquelle correspond intérieurement une matière crétacée, moitié blanche et moitié noirâtre, trace évidente d'une tuberculisation guérie (765. K) ; muqueuse bronchique d'un rouge écarlate ou d'un rouge brunâtre, partout où elle a été examinée ; traînées de matières glaireuses çà et là dans les ramifications des bronches; cœur un peu volumineux, mais sain d'ailleurs ; tout le reste sans intérêt. — Il paraît donc, après tout, que cette terminaison funeste de l'emphysème pulmonaire pur et simple a lieu surtout dans la vieillesse, c'est-à-dire dans l'âge où les vésicules pulmonaires, devenues minces, sèches, irrégulières, friables, offrent les conditions les plus favorables à un grand développement du mal en question. Aussi est-ce avec toute raison que M. Prus a pu dire (*loc. cit.*, p. 55) : « Si M. Louis, qui a conclu des faits observés par lui que » l'étendue et le degré de l'emphysème pulmonaire sont en raison de sa » durée, avait fait ses recherches dans un hospice de vieillards, il eût » été indubitablement amené à reconnaître que ce degré de la maladie » pouvait, avec quelques sujets, aller jusqu'à rendre celle-ci nécessai- » rement mortelle. Ce que j'ai vu n'est que la conséquence naturelle du » principe qu'il a établi. » Somme toute, en définitive, on peut mourir, par l'emphysème pulmonaire, de deux façons que voici : 1° consécutivement à une diminution progressive de l'hématose, à une consomption lente et dont l'issue est facile à prévoir longtemps d'avance, et c'est là la phthisie aérienne de Storck (1084. B.) ; 2° subitement ou à peu près, soit dans un accès d'asthme, soit dans un transport de colère, soit à l'occasion d'efforts violens.

1088. *Détails nécroscopiques.* — A. Le poumon emphysémateux se fait reconnaître pour tel, au premier aspect, par son état de turgescence

avec persistance de sa couleur naturelle, voire même quelquefois avec excès de pâleur. Il ne s'affaisse que peu ou point à l'ouverture du thorax. Non seulement il continue d'occuper la cavité entière de la plèvre, de recouvrir le cœur en partie ou en totalité, mais encore il lui arrive souvent de déborder et de saillir comme ayant été jusque là trop à l'étroit. Il est très léger en comparaison de son volume; il se montre très crépitant, tout en offrant une résistance particulière à la pression des doigts qui le tâtent et l'explorent. Quelquefois, en vérité, il semblerait que les poumons emphysémateux eussent été insufflés artificiellement, tant ils sont volumineux et tendus! Il se peut même, dit-on, que, jetés avec force sur le sol, ils rebondissent à la manière d'un ballon.

B. Le mal en est-il au degré d'emphysème interlobulaire et sous-pleural : la plèvre se montre çà et là soulevée par l'air, de manière à présenter des bosselures plus ou moins volumineuses, quelquefois grosses comme une aveline, une noix, un œuf de poule, voire même comme le poing. Rien de plus facile que de déplacer ces petites tumeurs par une impulsion latérale et doucement pratiquée avec le manche du scalpel ou avec le doigt. Rien de plus facile que de faire voyager l'air ainsi d'un point à un autre dans le tissu cellulaire sous-pleural; mais il est impossible, au contraire, de le refouler et de le faire rentrer dans la profondeur du poumon et dans les voies bronchiques, quelque soin et quelque patience qu'on mette à une semblable tentative. Une piqûre faite à la plèvre seulement, et sans intéresser le moins du monde le parenchyme pulmonaire, laisse échapper une plus ou moins grande quantité d'air, qui se trouvait épanché non seulement dans le tissu cellulaire sous-pleural, mais encore dans les espaces de tissu cellulaire interlobulaire les plus voisins; et aussitôt, vis-à-vis de la piqûre, s'opère un certain affaissement des lobules pulmonaires, qui, au lieu de faire saillie comme ils faisaient un instant auparavant, laissent là un creux plus ou moins large et plus ou moins profond. Au reste, c'est sur le bord antérieur et à la face interne ou concave des poumons que se rencontrent le plus généralement les tumeurs aériennes sous-pleurales dont je viens de parler.

C. A-t-on seulement sous les yeux un emphysème pseudo-vésiculaire : on n'aperçoit rien autre chose, au-dessous de la plèvre, qu'une multitude innombrable de petites cellules pleines d'air, et encore faut-il y regarder de très près pour les distinguer, les unes à peine grandes comme un grain de millet, les autres comme un grain de chènevis ou tout au plus comme un grain d'orge. Ces cellules anomales se montrent agglomérées en forme de plaques plus ou moins étendues, surtout encore vers le bord antérieur des poumons (B.). Qu'elles contiennent de l'air, ou si ce n'est l'air atmosphérique pur, tout au moins un fluide aéri-

forme, c'est là un fait évident ; car à peine les a-t-on piquées avec la pointe d'une épingle ou d'une aiguille qu'elles se vident et s'affaissent sans donner issue à aucune goutte de liquide. Elles forment, en général, autant de cavités parfaitement distinctes : piquez-en quelques unes, et faites-les ainsi disparaître, celles d'à côté n'en subsisteront pas moins. L'air est, là, tellement emprisonné, qu'on ne peut pas le pousser et le promener d'un point à un autre comme on le peut dans l'emphysème à grandes bulles (B.). Est-ce parce que la trame cellulaire a, entre les vésicules pulmonaires, une texture plus serrée que dans les espaces interlobulaires et au-dessous de la plèvre?

D. Toutes les fois que l'emphysème pulmonaire, par l'excès de son développement, est la cause unique ou principale de la mort, les poumons contiennent peu de sang, et c'est à peine s'il s'en écoule çà et là quelques gouttes sous les incisions qu'on fait en tous sens dans l'épaisseur de ces organes. C'est que, sans aucun doute, et même abstraction faite de l'anémie qui est le propre de l'emphysème chronique grave (1087. B. — et 166. B. 6.), l'air, s'accumulant outre mesure dans le tissu cellulaire du poumon pendant la dyspnée suffocante des derniers momens de la vie, ne peut moins faire que d'exercer, là, autant de compression sur les vaisseaux sanguins que sur les vésicules respiratoires. Il se peut donc, et cela est fort aisé à comprendre et à prévoir, que les poumons, en pareil cas, n'offrent absolument aucune trace d'hyperémie hypostatique (200).

E. Ce qu'il importe encore de faire observer, dans le cas de la proposition qui précède (D.), c'est que le sang qui se trouve rester à l'intérieur du cœur et des vaisseaux est liquide, d'apparence huileuse et de couleur noirâtre; en un mot, il a tous les caractères qui accusent une mort essentiellement due à l'impossibilité de l'hématose pulmonaire, à ce qu'on est généralement convenu aujourd'hui d'appeler du nom d'asphyxie. Et nous devons noter, au surplus, que, par un contraste fort remarquable avec l'état anémique et pâle des poumons, le sang noirâtre existe en assez grande quantité dans les cavités droites du cœur, les gros troncs veineux, les sinus de la dure-mère, les veines de la pie-mère et des corps striés, etc.; congestionne visiblement le foie, la rate, etc.; injecte et teint en violet la muqueuse gastro-intestinale, ou, pour mieux dire, toutes les muqueuses, et aussi les tégumens, notamment dans les endroits les plus déclives.

F. Dans certains cas où l'emphysème a donné aux poumons un volume énorme, l'autopsie, — je ne dois pas oublier de le dire, — conformément à ce que le diagnostic avait déjà pu faire reconnaître sur le vivant par voie de percussion, d'auscultation et de palpation, — constate le refoulement extraordinaire du diaphragme, l'abaissement du foie et autres

viscères sous-diaphragmatiques, à tel point, par exemple, que M. Prus a une fois vu le bord inférieur de l'estomac n'être plus à distance du pubis que de quatre travers de doigt seulement (*loc. cit.*, observ. IV).

G. Quelquefois, on constate la propagation de l'emphysème à l'extérieur du poumon, même sans rupture du feuillet pulmonaire de la plèvre, mais par l'intermédiaire du tissu cellulaire lâche qui, à la racine des poumons, sépare les deux feuillets de cette membrane séreuse. C'est de là que l'air peut fort bien s'infiltrer de proche en proche au-dessous du feuillet costal, voire même dans tout l'espace des médiastins, puis au cou, etc.

1089. *De la nature chimique des gaz qui constituent l'emphysème pulmonaire.* — A cet égard, je ne sache pas d'autres renseignemens à donner que ceux qui sont consignés dans une note de la dernière page du Mémoire de M. Prus. Je me bornerai donc à transcrire textuellement cette note.

« M. Desportes s'est occupé de l'emphysème pulmonaire, et a cherché » à déterminer quels sont les gaz retenus, *enchevêtrés*, dans le tissu » pulmonaire. A cet effet, il a recueilli, sous une cloche remplie d'eau, » les gaz contenus dans les parties emphysémateuses, en piquant celles- » ci tantôt avec une épingle, tantôt avec la pointe d'une lancette.

» Les gaz recueillis dans la cloche, toujours en petite quantité, ont » été essayés d'abord avec une bougie allumée. M. Desportes a constaté » que tantôt la bougie continuait à brûler, et que tantôt elle s'éteignait. » Quand le gaz n'entretenait pas la flamme de la bougie, il a été lavé » avec de l'eau de chaux. Quelquefois l'eau de chaux se troublait; quel- » quefois aussi elle restait sans altération. M. Desportes s'est cru autorisé » à conclure de ces expériences que le gaz renfermé dans les cavités em- » physémateuses du poumon est, soit de l'air atmosphérique, soit de » l'acide carbonique, soit de l'azote.

» C'est ce dernier gaz que M. Bouchardat a trouvé dans les poumons » emphysémateux qu'il a eu occasion d'examiner.

» M. Desportes recommande aux personnes qui voudraient répéter ses » expériences une précaution essentielle : c'est, au moment où on dé- » tache le poumon, de lier la trachée-artère et les gros vaisseaux sanguins » sur un corps résistant placé dans leur cavité, afin de prévenir l'intro- » duction de l'air atmosphérique dans les cavités emphysémateuses. »

1090. *Complications les plus ordinaires en cas d'emphysème pulmonaire.* — A. D'abord, reconnaissons-le bien, chez les sujets atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, il y a pour règle générale, très générale, j'allais dire universelle, de deux choses l'une : ou bien un asthme proprement dit, un asthme nerveux, qui revient par accès plus ou moins fréquens, et c'est le cas ordinaire de ceux qui ont leur emphysème dès le jeune âge; ou bien une bronchite chronique, et c'est le cas surtout

particulier aux vieillards. Mais, en vérité, c'est à peine si nous avons là le droit de parler de complication, là où, il faut l'avouer, l'emphysème est une conséquence tellement naturelle et tellement immédiate des maladies que je viens de signaler.

B. Que l'emphysème pseudo-vésiculaire soit déjà lié à l'asthme ou à la bronchite, il y a encore une autre affection qui se rencontre, non pas le plus ordinairement, il s'en faut de beaucoup, mais assez fréquemment en surcroît de mal. Et cette autre affection, c'est l'hypertrophie cardiaque, dans l'histoire de laquelle j'avais déjà annoncé à mes lecteurs la complication dont il s'agit (719). Les auteurs s'accordent assez bien à dire que c'est particulièrement l'hypertrophie du cœur droit à laquelle on a alors affaire. Vu l'influence réciproque que la circulation et la respiration exercent l'une sur l'autre, la théorie comprend et prévoit également, ici, le rôle tour à tour protopathique et deutéropathique de l'hypercardiotrophie (719 et 720). Les recherches de M. Louis, toutefois, tendent à établir que le second rôle est la règle générale, sinon absolue : dans les huit cas où cet observateur a pu connaître avec précision le début de la dyspnée et celui des palpitations, les palpitations n'avaient paru que plusieurs années après la dyspnée ; et, tout compte fait, il résulte, en moyenne, qu'à la mort des malades, les palpitations dataient de sept ans, et la dyspnée, de trente.

1091. *Étiologie.* — A. Avant tout, plus on est avancé en âge, plus on a de prédisposition pour le développement de l'emphysème pulmonaire. Entre tous ceux qu'atteint cette maladie, incontestablement les vieillards forment le plus fort contingent : ce dont j'ai donné plus haut (1087. B.) la raison anatomique.

B. Bon nombre de faits, aussi précis qu'authentiques, observés et garantis par des hommes tels que MM. Marjolin, Jules Cloquet, Magendie, Ollivier d'Angers, Prus, etc., mettent aujourd'hui hors de doute quelles sont les causes qui peuvent déterminer un emphysème pulmonaire aigu. Ce sont les causes qui apportent tout-à-coup à la respiration un empêchement sinon absolu, du moins très considérable, surtout lorsque l'individu est encore plein de force et de vie ; de telle sorte que, sous de violents effors d'expiration, l'air, qui ne trouve plus sa libre et facile issue, crève les vésicules pulmonaires et fait irruption dans le tissu cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural. Ainsi en est-il lorsqu'on se noie, comme nous le voyons chez le gendarme dont M. J. Cloquet nous a donné l'observation. Ainsi en est-il dans le cas de strangulation complète ou même incomplète : quand, par exemple, on réussit à guérir l'asphyxie d'un homme qui s'est pendu, l'emphysème pulmonaire, comme l'a démontré M. Prus dans un mémoire *ad hoc*, reste encore là, et peut même persister dès lors à titre d'effet irrévoca-

ble, et, pour ainsi dire, de punition perpétuelle de la tentative de suicide. Ainsi en est-il, encore, dans des quintes extrêmement violentes de coqueluche. Ainsi en est-il, enfin, dans des efforts excessifs de tout genre ; et cela est facile à concevoir, puisque la physiologie nous apprend que la suspension momentanée de la respiration y joue constamment et nécessairement un rôle.

C. Faut-il, dans la catégorie des causes qui précèdent (B.), inscrire la colère ? Ollivier d'Angers n'a trouvé, chez un homme mort subitement dans un accès de cette passion, pas d'autre cause anatomique de la mort qu'un emphysème pulmonaire : mais cet homme avait depuis longtemps l'haleine courte ; nul doute que là, l'emphysème, déjà préexistant, n'ait été qu'aggravé par l'émotion morale, que poussé tout-à-coup jusqu'au degré mortel. Assurément, comme s'accordent à le dire la plupart des auteurs, la colère est nuisible et dangereuse aux asthmatiques. Mais se peut-il que, seule et par elle-même, elle produise d'emblée l'emphysème pulmonaire aigu? Se peut-il qu'elle maintienne avec assez d'énergie et de durée l'occlusion spasmodique de la glotte pour amener un semblable effet ? En un mot, s'il est ordinaire et banal de dire qu'on est suffoqué de colère, cette manière de parler figurée et hyperbolique deviendrait-elle, dans quelques cas rares, littéralement exacte ?

D. Les expériences de M. Leroy d'Étiolles et de M. Magendie ont prouvé qu'en cas d'asphyxie, l'insufflation, loin d'être un moyen aussi utile qu'on le croyait pour rétablir la respiration, peut même ajouter à l'asphyxie un mal nouveau. Faite sans ménagement (et je ne parle pas seulement ici d'un imprudent emploi du soufflet, mais je veux parler aussi du simple souffle d'un homme qui, par un zèle peu éclairé, soufflerait avec trop de vigueur dans la bouche d'un asphyxié) ; donc, encore une fois, sachons-le bien, faite sans ménagement, l'insufflation produit l'emphysème pulmonaire, et, si celui-ci existait déjà, ne manque pas de l'aggraver. Mieux vaudrait peut-être, soit dit en passant, frapper d'interdiction complète une si périlleuse ressource, que de la laisser figurer dans les instructions vulgaires qui concernent les secours à donner aux personnes noyées et asphyxiées.

E. Une fois qu'on a bien reconnu les causes si claires et si frappantes de l'emphysème pulmonaire aigu (B.), l'étiologie de l'emphysème pulmonaire chronique, moins évidente de prime-abord, plus difficile à élucider à l'égard de chaque malade, avec des renseignemens commémoratifs presque toujours vagues et incertains, me semble dès lors éclairée de la plus vive lumière. Dès lors, il n'est plus permis de maintenir là-dessus quelque système exclusif ; de professer, par exemple, que l'emphysème pseudo-vésiculaire et l'asthme nerveux ne font qu'un. Dès lors, on est forcé de reconnaître que tout ce qui gêne la respiration,

sans agir cependant avec assez de violence à un moment donné pour déterminer l'emphysème aigu, n'en est pas moins de nature à produire le déchirement des vésicules pulmonaires, et infiltrer d'air à la longue le tissu intervésiculaire dans toute ou presque toute l'étendue des poumons. Ainsi, par exemple, à nos yeux, indépendamment de l'asthme nerveux et de la bronchite, qui sont sans comparaison les causes les plus fréquentes de l'emphysème pulmonaire chronique (1090. A.), les maladies du cœur doivent quelquefois, même sans l'intermédiaire d'une bronchite, entraîner le développement du susdit emphysème.

1092. *Diagnostic.* — Résumons très brièvement les signes principaux d'après lesquels on peut diagnostiquer avec une entière certitude ou présumer avec plus ou moins de vraisemblance l'existence de l'emphysème pulmonaire. 1° Avant tout, la sonorité exagérée du thorax à la percussion, d'une part, — et quant à l'auscultation, d'autre part, la faiblesse ou la nullité du bruit respiratoire : voilà les deux signes physiques dont la réunion a une valeur pathognomonique, les deux signes qui seuls suffisent, les deux signes sans lesquels l'emphysème, si tant est qu'il existe déjà, ne saurait être positivement reconnu. 2° Un autre signe physique d'une importance secondaire, mais encore assez grande, ce sont les voussures thoraciques, surtout lorsque le médecin les voit lui-même se développer, ou qu'un malade intelligent et attentif à s'observer assure les avoir vues naître et grandir : sans doute c'est là un signe superflu, et, s'il m'est permis d'ainsi dire, surérogatoire à l'égard de ce que j'appellerai le diagnostic simple et brut du cas donné; mais ce signe nous éclaire sur l'intensité du mal. 3° Enfin, mais en sous-ordre, et avec différens degrés de valeur, comme signes propres à faire présumer l'emphysème pulmonaire sans le secours de l'examen stéthoscopique, et à en établir, au besoin, le diagnostic rétrospectif ou bien la prodiagnose (107), rappelons l'emphysème du cou, la dyspnée habituelle, les attaques répétées d'asthme, la bronchite chronique ou les fréquens retours de bronchite aiguë, les palpitations, etc., etc.

1093. *Pronostic.* — L'emphysème pulmonaire aigu, véritablement aigu dans toute la force du terme, c'est-à-dire produit entièrement d'emblée, et non pas greffé sur un emphysème pseudo-vésiculaire, peut parfois aboutir à une guérison radicale, quelque grave qu'il se soit montré dans ses apparences symptomatiques, et même après avoir mis l'homme au seuil de la tombe. Mais l'emphysème pulmonaire chronique, une fois bien déclaré, est un mal incurable, qui ne peut plus que s'accroître d'année en année; qui, tant qu'il est seul, à la vérité, ne va jusqu'à entraîner la mort que par exception rare, mais qui contribue fortement à aggraver les chances funestes en cas d'intervention de maladies nouvelles du côté des poumons ou du cœur.

1094. *Thérapeutique.* — A. L'opium, voilà le remède le plus efficace pour calmer la dyspnée des sujets atteints d'emphysème pulmonaire, toutes les fois que la dyspnée est portée à un degré intolérable. En pareille circonstance, M. Prus n'a pas craint de pousser progressivement la dose d'extrait gommeux jusqu'à 60 et même 80 centigrammes par jour (Prus, *loc. cit.*, observ. IV); et il a eu grandement raison. L'utilité de l'opium dans le traitement de l'emphysème pulmonaire est une des vérités thérapeutiques le plus solidement établies aujourd'hui. M. Louis, n'oublions pas de lui rendre justice, n'a pas peu contribué à répandre cette vérité en la proclamant comme un résultat évident du relevé statistique des observations d'après lesquelles il a composé son mémoire si excellent et si justement réputé classique. Au reste, c'est au tact du praticien habile de varier à propos, selon le besoin, les préparations et les doses du médicament héroïque, dont, après tant d'autres auteurs, mais avec une conviction personnelle fondée sur ma propre pratique, je recommande vivement l'usage.

B. On peut aussi, avec avantage, avoir recours à d'autres narcotiques, tels que la belladone, la jusquiame, etc. Un des moyens les plus usités en ce genre, c'est de fumer des feuilles de stramonium, soit roulées en cigare, soit mises tout simplement dans une pipe.

C. Émissions sanguines, notamment par la phlébotomie ou par les sangsues à l'anus : toutes les fois qu'il y a des signes manifestes d'une congestion excessive du système veineux, et que la ressource dont il s'agit n'est pas absolument contre-indiquée par le misérable état des forces.

D. Les vomitifs sont-ils quelquefois utiles pour remédier à la dyspnée suffocante? M. Prus l'affirme par expérience, pour les avoir administrés avec un certain succès dans quelques cas. Mais il semble, en théorie, qu'ils peuvent, quelquefois aussi, être fort nuisibles : car les efforts qu'exige le vomissement sont de nature à augmenter l'emphysème. Cet inconvénient est-il compensé, et au-delà, par les effets révulsifs de la médication? Tout bien pesé, en un mot, de quel côté la balance pencherait-elle? Serait-ce pour ou contre les vomitifs? C'est là une question qui ne me paraît pas du tout vidée.

E. Au contraire, tout le monde s'accorde à approuver et à prescrire, dans les crises de suffocation, divers autres moyens de révulsion qui ne peuvent que faire du bien. Lavemens purgatifs, pédiluves et manuluves irritans, sinapismes aux mollets, aux cuisses, sur les bras, etc. Recommandons même les cataplasmes sinapisés et les sinapismes sur le cou, sans adhérer toutefois de pleine et entière conviction à l'opinion de M. Prus, sans être parfaitement convaincu, comme il nous le dit, que la révulsion cutanée ait là plutôt qu'ailleurs des avantages particuliers,

et que nous exercions là je ne sais quelle action sur les colonnes respiratrices de la moëlle.

ARTICLE IV.

TYMPANITE UTÉRINE.

1095. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — Dans le *Traité de la nature du fœtus* (Περὶ φύσις παιδίου). — Ed. Kuhn, t. I, p. 417-8. — Comme quoi certaines femmes se croient en état de grossesse lorsqu'elles n'ont dans l'utérus rien autre chose qu'une flatuosité (Φῦσα). — C'est bien là, certes, un aperçu de la tympanite utérine.

SENNERT. — (*Practic. medicin.*) Lib. IV, part. I, sect. II, cap. 10, *De uteri inflatione.*

SAUVAGES. — (*Nosol. meth.*) Class. X, *Cachexiæ*, gen. XIV, *Physometra :* sp. 1, *Ph. sicca*, — sp. 2, *Ph. humida* (selon que la tympanite utérine existe à l'état de simplicité, ou bien en complication avec l'hydromètre ou l'hydramnios).

J.-P. FRANK. — *Loc. cit.* (1064), § 726. — (*Pneumatosis uterina*).

DUGÈS. — (Dans le *Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, — t. XIII, p. 67-8). — Art. *Physométrie.*

LISFRANC. — (*Clinique chirurg. de l'hôpital de la Pitié*). T. III, p. 321. (Observation d'une tympanite utérine liée à la présence d'une môle charnue ; éruption, de temps à autre, de flatuosités bruyantes par l'orifice du col utérin ; guérison radicale après l'expulsion de la môle.)

TESSIER (de Lyon). *De l'hydropisie et de la tympanite utérines hors de l'état de gestation.* Mémoire déjà cité (953).

1096. *Nosologie.* — A. Sous le titre de *Tympanite utérine*, nous embrassons et allons envisager ici génériquement tous les cas sans exception dans lesquels la cavité de l'utérus devient le siége d'une accumulation d'air ou de gaz quelconques ; quoique, à vrai dire, le terme que nous adoptons soit bien mieux fait pour désigner naturellement, dans ce genre nosographique, une espèce particulière de cas où ladite accumulation est portée au point de constituer une intumescence très notable de l'utérus, et, partant, de produire certaines apparences de grossesse plus ou moins avancée.

B. *Synonymes :* — Pneumatose utérine, Physomètre ou Physométrie, de divers auteurs ; — *Hysterophyse*, de Vogel, genre CCCXVII (66).

C. Voici maintenant quels sont les principaux symptômes qui se font observer en cas de pneumatose utérine. 1° Éruption, par la vulve, de

gaz inodores ou fétides, que la femme sent quelquefois elle-même provenir de l'utérus, et qui font en s'échappant au dehors un bruit plus ou moins distinct, une sorte de *rot vaginal* plus ou moins retentissant : c'est là l'*ædopsophie utérine* de certains auteurs (961 et 1068. A. E.); indépendamment de la sensation interne qu'éprouve la femme, et cette sensation, d'ailleurs, laissât-elle même ignorer d'où partent les flatuosités des voies génitales, on a la preuve qu'elles partent de l'utérus toutes les fois qu'on détermine leur issue en pressant le viscère à travers la paroi hypogastrique, toutes les fois qu'avec ou sans le concours d'une telle pression l'intumescence du viscère s'affaisse au fur et à mesure de l'évacuation gazeuze. 2° Présence d'une tumeur dans l'hypogastre, — tumeur plus ou moins volumineuse, et qui peut parfois, dit-on, s'étendre largement dans les flancs, s'élever jusqu'au nombril, et même au-delà; tumeur régulière, arrondie, et qui, en raison de son siége et de sa forme, se laisse aisément reconnaître à un toucher méthodique pour être due au développement de l'utérus; tumeur donnant à la percussion pratiquée sur l'hypogastre un son clair et tympanique, et se montrant, au doigt qui la soulève au fond du vagin, beaucoup plus légère que ne le serait l'utérus développé au même degré par l'état de grossesse. Il est, au surplus, facile de comprendre et de prévoir qu'avec une pareille tumeur, la femme ait à se plaindre de fréquentes mictions, de tiraillemens dans les aines, de douleurs lombaires, de pesanteurs au périnée, etc. Ajoutons que l'éruption des gaz, qui constituent par leur accumulation la tympanite utérine, n'a lieu, dans certains cas, qu'au prix de coliques atroces, qu'au prix de douleurs semblables à celles de l'accouchement.

D. Quelquefois la pneumatose utérine, surtout en tant que simple émission de gaz sans intumescence notable de l'utérus, n'est qu'un accident passager et d'infiniment peu d'importance, un épiphénomène plutôt qu'une maladie, quelque chose de singulier et d'étonnant, plutôt qu'un véritable trouble de la santé : dans quelles circonstances particulières cela se produit-il, c'est ce que l'étiologie nous dira tout-à-l'heure. Quelquefois, au contraire, la tympanite utérine est telle, acquiert un tel développement, dure une telle longueur de temps, amène une telle gêne et de telles douleurs, qu'elle constitue réellement une maladie dans toute la force du terme. Tout au moins la femme croit-elle être en état de grossesse, lorsqu'une tympanite utérine dure des mois entiers sans laisser échapper de gaz, et en supprimant, comme de raison, le flux menstruel, en amenant, par conséquent, des symptômes de pléthore accidentelle (159. B.), tels qu'une grossesse pourrait les produire. Dans certains cas, en effet, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, au bout d'une année, ou même davantage, que la masse gazeuse accu-

mulée à l'intérieur de l'utérus vient à être expulsée. Tantôt cette expulsion a lieu tout d'un coup, ou, du moins, en fort peu de temps ; l'utérus s'affaisse, revient à son état normal, et tout est fini ; tantôt les gaz ne s'évacuent qu'en petite quantité à la fois, et, pour ainsi dire, par échappées intermittentes à intervalles plus ou moins longs. N'importe, au surplus, que la tympanite utérine disparaisse ainsi peu à peu, ou qu'elle se maintienne ou même s'accroisse de plus belle par une nouvelle production de gaz dans la cavité du viscère affecté.

E. Assurément, la pneumatose utérine est un cas rare ; mais je suis porté à penser qu'elle est bien moins rare qu'on ne se le figure d'après le peu de faits de ce genre qui viennent à la connaissance des praticiens. Combien de femmes ne doivent elles pas être retenues par une sorte de honte avant d'avouer qu'elles sont sujettes à rendre des flatuosités par la voie insolite des parties honteuses ! Nul doute qu'elles ne dissimulent un semblable accident tant que leur esprit n'y voit rien de fort alarmant pour la santé.

1097. *Étiologie.* — Pour rendre compte des pneumatoses utérines, trois sortes de causes peuvent être accusées, savoir : 1° l'introduction de l'air atmosphérique ; 2° la décomposition d'un fœtus mort, d'une môle, d'un caillot, etc. ; 3° l'exhalation gazeuse.

A. *Introduction de l'air atmosphérique* (1069. A.) : lorsque non seulement le vagin, mais encore l'orifice et la cavité de l'utérus, sont dans des conditions toutes particulières de relâchement, d'état béant, de dilatation et de dilatabilité, qui permettent à ce fluide élastique de s'insinuer en quantité plus ou moins considérable. C'est ce qui peut arriver quelquefois, quoique rarement, à la suite de l'accouchement, ou pendant le flux des règles, ou lors d'une hémorragie, etc. Entre autres observateurs graves et bien dignes de foi, Dugès déclare avoir observé pareille chose chez les nouvelles accouchées. L'air, une fois entré dans la cavité utérine, une fois emprisonné par le fait de quelque caillot qui obstrue l'orifice de cette cavité, peut, en se dilatant sous l'influence de la chaleur animale, en venir même à produire une intumescence assez notable de l'utérus. D'autres fois, ce viscère, ne se laissant que peu ou point distendre par l'air qui s'y est introduit, ne tarde pas, par suite d'un resserrement réactionnel, à l'expulser sous forme de flatuosités plus ou moins fétides qui sortent avec le sang et les caillots.

B. *Décomposition putride d'un fœtus, d'une môle, d'un caillot de sang*, etc. (1069. B.) : ce qui ne peut guère survenir non plus, à ce qu'il me semble, qu'autant que l'intérieur de l'utérus a donné accès à une certaine quantité d'air atmosphérique, agent nécessaire, comme on sait, au développement de la putréfaction. Mais peut-être que, dans des conditions encore inconnues, il s'opère parfois à l'intérieur de

nos organes, et notamment de l'utérus, sans la présence de l'air, quelques décompositions analogues, mais non pas identiques à la putréfaction proprement dite.

C. *Exhalation gazeuse* (1069. E.) : nul doute qu'on ne la doive regarder comme possible, comme parfaitement naturelle de la part de la surface utérine, tout aussi bien que de la part des autres surfaces muqueuses. Mais ce qu'il y a de très difficile à concevoir et à admettre, c'est qu'une semblable exhalation puisse quelquefois avoir pour résultat d'amener, en dehors de tout état de grossesse, et par le seul effet de la force d'expansion des gaz exhalés et accumulés de jour en jour, un agrandissement considérable de la cavité utérine malgré la résistance des épaisses parois qui forment l'utérus. Aussi sommes-nous bien près de nous ranger à l'opinion de MM. Stoltz et Nægele, qui nient absolument la possibilité d'une intumescence tympanitique de l'utérus sans imprégnation, sans aucuns phénomènes de grossesse. Les faits que M. Tessier, de Lyon, rapporte à l'appui de l'opinion contraire ne sont pas du tout de nature à forcer la conviction. Rien n'interdit de supposer, et, je dirai même, tout porte à croire que dans ces faits-là les choses ont dû toujours être ce qu'elles ont été dans le cas de M. Lisfranc; qu'il y avait une petite môle, qui a pu fort bien sortir inaperçue, ou même rester dans l'utérus; et que, par conséquent, il y avait eu un commencement, une ébauche de grossesse, pour clore l'orifice du col utérin, et en même temps pour déterminer, non pas par une pression intérieure purement mécanique, mais par la mystérieuse vertu des lois physiologiques de la génération, le développement excentrique des parois utérines. Alors, et seulement alors, il est facile de comprendre qu'une accumulation gazeuse de grandes dimensions se fasse et reste emprisonnée dans la cavité de l'utérus.

1098. *Diagnostic.* — Un mot seulement. C'est pour faire remarquer qu'il serait honteux et impardonnable au praticien de croire trop longtemps à un état de grossesse véritable et régulière sur la foi des apparences que peut produire l'intumescence gazeuse de l'utérus. Dès que cette intumescence arrive aux dimensions d'une grossesse de quatre à cinq mois, l'erreur est facile à éviter, pour peu qu'on examine de près les choses. En effet, d'une part, l'absence des bruits cardiaques du fœtus, et l'impossibilité d'obtenir le ballottement; d'autre part, la sonorité et la légèreté spécifique de la tumeur formée par l'utérus : voilà qui suffit amplement pour éclairer un homme expérimenté.

1099. *Pronostic.* — Peu grave pour tous les cas. En effet, je ne sache pas, dans les annales de l'observation médicale, de cas dans lesquels l'intumescence gazeuse de l'utérus en soit venue à entraîner la

mort, dans lesquels tout ne se soit pas terminé heureusement tôt ou tard avec l'évacuation complète des gaz.

1100. *Thérapeutique.* — A. Lorsque la pneumatose utérine n'est qu'un accident passager des couches, d'une ménorrhagie, d'une époque menstruelle, etc., par suite de l'introduction et de la rétention de l'air atmosphérique, c'est à peine si elle réclame quelques secours. Tout au plus faut-il quelquefois, en portant dans le vagin les doigts ou la main tout entière, enlever les caillots qui obstruent le col utérin, puis faire dans l'utérus quelques injections émollientes ou légèrement astringentes, selon le cas.

B. Dès qu'on a sûrement reconnu qu'une femme, jusque là censée grosse, présente, au lieu d'une vraie grossesse, une tympanite utérine; et, s'il est permis d'ainsi dire, que, loin d'être grosse d'enfant, elle n'est que gonflée de vent, une opération des plus simples peut porter remède à la gêne que cette femme éprouve; elle peut même être pratiquée sans aucun inconvénient, ne fût-ce, en l'absence de toute douleur, que pour mettre un terme à la seule difformité. Cette opération, c'est de donner issue aux gaz en portant un stylet mousse à travers le col de l'utérus jusque dans la cavité de ce viscère.

ARTICLE V.

EMPHYSÈME SPONTANÉ DU TISSU CELLULAIRE LIBRE.

1101. *Bibliographie.* — SAUVAGES. — (*Nosol. meth.* Class. X, *Cachexiæ*, gen. V, *Pneumatosis.* — Ainsi le nosographe de Montpellier nommait-il l'intumescence universelle du corps produite par l'air ou par n'importe quel fluide aériforme). — Sp. 1, *Pneumatosis à veneno;* — sp. 4, *Pneumatosis febrilis.*

MORGAGNI. — Epist. XXXVIII, art. 22-3. — Il s'agit d'une femme d'environ trente ans, qui, après avoir fait promptement disparaître, à l'aide d'un onguent de charlatan, je ne sais quelle maladie cutanée de nature suppurante (*multâ scabie, eâque humidâ*), mourut d'une fièvre aiguë avec divers symptômes graves, et, entre autres, un certain degré d'intumescence emphysémateuse de tout le corps.

J.-P. FRANK. — *Loc. cit.* (1064), § 708 (*Pneumatosis spontanea febrilis*).

BRESCHET. — Article cité (1082), I., — p. 12-15.

ALIBERT. — (*Nosol. natur.*) Famille IX, *Ethmoplécoses*, gen. III, *Emphysème*, en trois espèces, savoir : esp. 1re, *E. spontané*, — esp. 2, *E. traumatique*, — esp. 3, *E. vénéneux.* (Alibert dit avoir

lui-même observé cette dernière espèce, à l'hôpital Saint-Louis, dans un cas d'empoisonnement par les champignons).

Rerolle. — Thèse inaugurale citée ci-après (1123) : — Obs. II. *Tumeur squirrheuse dans la région dorsale. Amputation avec perte considérable de sang; emphysème; mort. Emphysème général dû à la présence du gaz inflammable.* (Disons : *d'un gaz inflammable.* Car la nature chimique de ce gaz n'a malheureusement pas été constatée d'une façon exacte, un accident ayant fait perdre les portions recueillies pour être soumises aux réactifs.) — Tout incomplète qu'elle est, cette observation n'en est pas moins très remarquable, très propre surtout à éclairer l'histoire de la combustion spontanée.

1102. *Notion sommaire du cas ici en question.* — Emphysème ('Εμφύσημα, Hipp., — *Inflatio* des Latins) veut dire naturellement, et par la seule vertu de l'étymologie, l'état d'une partie quelconque insufflée, ou devenue telle que la rendrait l'insufflation. Et, soit dit en passant, ce mot avait même, en grec, une acception si étendue, que Grégoire de Nazianze, l'un des plus éloquens Pères de l'Église, s'en est servi pour désigner le Saint-Esprit. Toujours est-il que, dans le vocabulaire médical de l'antiquité, emphysème équivaut à ce que signifie pour nous le terme de pneumatose, et veut quelquefois dire, sachez-le bien, météorisme, tympanite, etc. Mais, depuis les temps modernes, et surtout de nos jours, les médecins n'emploient guère le terme d'emphysème que pour dénommer précisément la pneumatose du tissu cellulaire, la présence insolite de l'air ou d'un gaz quelconque dans les mailles de ce tissu.

Il va sans dire, d'après le seul titre du présent article, que nous laissons de côté l'emphysème traumatique, qui ressortit à la *Pathologie chirurgicale*, et qui mérite, d'ailleurs, à un si haut degré l'attention et l'intérêt des chirurgiens en tant, surtout, qu'accident des plaies pénétrantes de poitrine. A peine s'il faut, en ce genre, mentionner pour mémoire l'emphysème artificiel, qu'on peut produire à volonté en insufflant de l'air à travers une petite plaie faite exprès à la peau, — cette ruse de truand peut-être aujourd'hui sans exemple, — ce moyen thérapeutique jadis emprunté à la médecine des nègres, et célébré par quelques auteurs, mais bientôt retombé dans un oubli, sans doute aussi juste que profond.

Nous n'avons pas non plus à envisager ici l'emphysème qui vient quelquefois envahir une étendue plus ou moins considérable du tissu cellulaire sous-cutané par suite de violens efforts, comme ceux de l'accouchement ou des quintes de coqueluche, etc. Un tel emphysème re-

çoit communément, chez les auteurs, le nom d'emphysème spontané, et cela avec une certaine apparence de raison, en opposition à ce qu'on nomme par excellence un emphysème traumatique. Mais pourtant, dans ce cas-là, à considérer les choses de près, le mécanisme pathogénique en vertu duquel le tissu cellulaire libre s'infiltre d'air est absolument le même que dans le cas d'une plaie qui a intéressé le parenchyme du poumon. Tout au plus est-il permis de dire qu'il y a là une rupture *spontanée* des vésicules pulmonaires. Mais, la solution de continuité du poumon une fois donnée, tout le reste se passe d'une façon exactement pareille au développement de l'emphysème qu'amène une plaie pénétrante de poitrine. Dans un cas comme dans l'autre, effectivement, c'est le poumon qui est le point de départ de l'emphysème ; c'est par les vésicules crevées ou entamées du poumon que l'air atmosphérique s'échappe pour se répandre d'abord dans le tissu cellulaire d'alentour, puis peu à peu et de proche en proche dans celui de tout le reste du corps ; c'est le poumon lui-même qui fait, pour ainsi dire, l'office de soufflet, et qui, de minute en minute, écoule et pousse de nouvelles quantités d'air. Bref, en ce qui concerne l'emphysème général par suite d'efforts, il n'y a rien à dire qui ne rentre parfaitement dans l'histoire de l'emphysème pulmonaire aigu (1087. A.) ou dans celle de l'emphysème traumatique.

Par *emphysème spontané du tissu cellulaire libre*, j'entends uniquement une production plus ou moins considérable de gaz quelconques au sein même de ce tissu : ce qui paraît, en effet, avoir lieu quelquefois, quoique très rarement, en l'absence de toute plaie, et sans la moindre apparence d'emphysème pulmonaire pour condition préalable. Un semblable phénomène, disons-le sur-le-champ, ne peut reconnaître que deux sortes d'origine, savoir, l'exhalation (1069. E.), ou bien une décomposition putride (1069. B.) anticipée, et qui produit sur le vivant même quelque chose d'identique ou d'analogue à l'intumescence gazeuze si rapide et si remarquable de certains cadavres. Quoi qu'il en soit, il est bien clair que l'emphysème dont il s'agit n'échoit au domaine de l'observation clinique, n'appartient à la nosographie qu'autant qu'il ne reste pas caché dans les profondeurs de l'économie, et qu'il occupe le tissu cellulaire sous-cutané. Alors, et seulement alors, il devient manifeste sur le vivant même, en constituant une bouffissure plus ou moins visible, et qui, sans changement de couleur à la peau, offre à la pression une rénitence élastique et de légers craquemens, semblables à ceux d'un vieux parchemin qu'on froisse entre les doigts. Au surplus, cette intumescence du tissu cellulaire sous-cutané est tantôt universelle, tantôt partielle. Dans ce dernier cas, remarquons-le encore, elle peut se trouver ou bornée à une seule région, ou disséminée en différens points du corps ; ainsi du moins l'attestent divers observateurs.

1103. *Étiologie.* — A. C'est particulièrement, à ce qu'il paraît, chez des personnes atteintes d'hystérie ou d'hypocondrie qu'on a quelquefois observé des emphysèmes spontanés partiels du tissu cellulaire sous-cutané à titre d'accident passager et véritablement plus extraordinaire que grave. C'était bien là, selon toute apparence, un phénomène d'exhalation gazeuse, et qu'il est ainsi permis, sous le rapport de la pathogénie, de regarder comme tout-à-fait analogue, quoique avec infiniment moins de fréquence, à la pneumatose gastro-intestinale à laquelle ces mêmes personnes se montrent si sujettes (1078. D.).

B. D'autres fois, c'est sous l'influence d'une asthénie profonde, et comme par l'effet d'une putréfaction anticipée, que l'emphysème spontané, même partiel, est venu à se développer; et jamais, que je sache, il n'en fut autrement de l'emphysème spontané universel. C'est, par exemple, à la suite de plaies envenimées (*Path. chir.*, t. I, chap. III, art. VIII, § I); c'est dans des cas d'empoisonnement, notamment par les champignons ou par les poisons septiques; c'est dans les fièvres épidémiques de mauvais caractère, dans la peste d'Orient, dans la scarlatine, etc.; c'est en coexistence avec la gangrène; c'est enfin, assure-t-on, lorsqu'un fœtus se trouvait tombé en putréfaction dans l'intérieur de l'utérus.

1104. *Diagnostic.* — A. Pour peu qu'on apporte quelque attention à l'examen du malade, on ne saurait, en vérité, confondre une intumescence de nature emphysémateuse avec l'anasarque ou l'œdème. En effet, la partie œdémateuse présente au toucher une sorte d'empâtement mollasse qui conserve quelque temps l'empreinte du doigt, au lieu de la rénitence élastique qui est le propre des parties emphysémateuses. Celles-ci font entendre à la percussion un son plus ou moins clair, et, ce qui est surtout décisif, un bruissement particulier sous la pression : rien de pareil dans une partie œdémateuse.

B. Tenons-nous sur nos gardes pour ne pas nous laisser duper par un emphysème artificiel. N'accueillons pas sans réserve et sans défiance les déclarations d'un mendiant, d'un homme qui veut se faire exempter du service militaire, d'un vagabond qui prétendrait se poser et se faire choyer comme un être curieux et rare, etc., etc. Interrogeons longuement, minutieusement le soi-disant malade, dont les antécédens nous sont inconnus, dont la moralité nous est suspecte à quelque titre que ce soit : peut-être se trahira-t-il tout d'abord par l'absurdité et l'invraisemblance de ses récits sur la marche du mal. Cherchons si nous ne découvrirons pas les traces récentes d'une petite plaie par où l'insufflation de l'air ait pu être pratiquée, et dont on ne nous rende compte qu'avec confusion, embarras et tergiversation. Au besoin, faisons sur-

veiller de près la personne tout le temps qu'il faut pour vérifier ou détruire nos soupçons.

1105. *Pronostic.* — Il doit particulièrement se fonder sur la nature et le caractère de la maladie protopathique dans le cours de laquelle l'emphysème spontané sera survenu. Peu grave dans l'hystérie et dans l'hypocondrie (1103. A.), il sera, au contraire, des plus sinistres dans es empoisonnemens, les maladies typhoïdes, virulentes, pestilentielles, etc. (1103. B.). Dès que l'emphysème spontané se trouve déve-veloppé dans une très grande étendue, on peut annoncer la mort comme un événement presque inévitable.

1106. *Thérapeutique.* — Fomentations froides, astringentes, aromatiques, alcooliques, sur la partie emphysémateuse. Alcool camphré, solution d'alun, teinture de quinquina, etc.

Au besoin, même, ouvrir une issue aux gaz à l'aide d'une incision ; et, cela fait, les expulser par une pression méthodique et patiente, ou bien les aspirer par l'application de ventouses sèches.

Et surtout, traiter en même temps la maladie principale par les moyens appropriés. Dans les cas graves et asthéniques, recourir à la médication corroborante et stimulante, qui peut-être est encore là d'un plus grand secours que tous les topiques imaginables.

ARTICLE VI.

TYMPANITE PÉRITONÉALE.

1107. *Bibliographie.* — COMBALUSIER. — *Op. cit.* (1054), n. 26-9. (Observations de tympanites péritonéales idiopathiques ou prétendues telles. — Une de ces observations, et assurément la plus authentique, celle que l'auteur lui-même avait rencontrée dans le cours de sa pratique, nous montre, avec preuves nécroscopiques à l'appui, la tympanite péritonéale liée, et indubitablement liée dès le vivant même, à la présence d'une masse d'hydatides dans la cavité du péritoine et à une péritonite) ; — n. 444-79 (Partie thérapeutique. — Mais, à vrai dire, ce n'est là qu'un mauvais fatras, peu digne d'être lu, et que j'ai bien juré de ne relire jamais).

MORGAGNI. — Epist. XXXVIII, art. 24-5. — Discute et admet la possibilité de la tympanite péritonéale, mais sans en avoir lui-même rencontré d'exemple.

LIEUTAUD. — (*Histor. anatomico-med.*). Lib. I, sect. XVI, art. IX, *Flatus extrà viscera.* — Obs. 1775 (observation recueillie par Lieutaud lui-même). « A l'examen du cadavre d'une vieille femme » emportée par une vraie *tympanite* chronique, une fois ouvert » l'abdomen, qui était enflé outre mesure, une très grande quan-

» tité de gaz s'échappe avec impétuosité, et l'abdomen s'affaisse. Les
» intestins, très peu remplis de flatuosités, se trouvaient tout-à-fait
» irréprochables; si bien que c'était le péritoine seul qui contenait
» cette étonnante masse de matière âcre. »

DUSSEAUX. *Observation d'une tympanite abdominale occasionnée par le froid.* (Dans l'ancien *Journ. de méd., chir., pharm.*, t. LI, p. 308-14, — année 1779.) — Dusseaux, chirurgien à Aurillac, raconte qu'il avait été appelé avec Brioude pour voir une jeune fille de dix-sept ans, qui, étant sur le point d'avoir ses règles, fut saisie de frissons, de coliques violentes, puis, en l'espace de vingt-quatre heures, eut le ventre énormément enflé. Après avoir inutilement employé les antispasmodiques, on pratiqua la ponction, qui donna issue à une éruption impétueuse de gaz inodores. Après cette opération, les douleurs disparurent et le ventre s'affaissa. Les jours suivans, on crut la malade guérie; mais le cinquième jour la tympanite se reproduisit. Quelques commères ayant déconseillé une nouvelle ponction, la jeune fille mourut peu de temps après. — Cas assurément curieux par l'innocuité et l'heureux résultat de la ponction. Mais où est la preuve qu'on eût affaire à une tympanite péritonéale, et non pas tout simplement à une tympanite gastro-intestinale?

J.-P. FRANK. — *Loc. cit.* (1064), § 721-3.

JOSAT. — Thèse déjà citée (1073), § IV, *Tympanite péritonéale.* — Mais, il faut le dire, cet auteur se montre beaucoup trop facile en ce qui touche à la critique des faits considérés par certains observateurs et par lui-même comme étant indubitablement des tympanites péritonéales essentielles, c'est-à-dire dues à une certaine exhalation gazeuse de la membrane séreuse. Chose inconcevable, il va même jusqu'à compter parmi ces faits-là un cas remarquable d'emphysème purement cadavérique, dont M. Chomel parle dans ses *Élémens de pathologie générale* (p. 577), et où les gaz accumulés dans la cavité péritonéale, non par l'effet d'une maladie, mais par une rapide putréfaction à la suite d'une mort subite, produisirent, au moment qu'un coup de scalpel leur donna issue, une violente détonation, semblable à celle d'un coup de fusil à vent fortement chargé.

JOSEPH FRANK. — Dans une note posthume, publiée par M. Puchelt, *loc. cit.* (1073), p. 379. — « Le 14 février 1812, » dit Jos. Frank, « je fus appelé près d'un enfant de onze mois. C'était
» le cinquième jour d'une maladie caractérisée par la fièvre, la
» constipation et un peu de vomissement. Je trouvai un énorme
» météorisme. A l'autopsie, trois jours après, l'abdomen fut à
» peine ouvert que l'intumescence s'évanouit presque entièrement
» (tympanite abdominale); et l'on vit à découvert une livre de

» matière puriforme. Les intestins, excepté le rectum, étaient » enflammés; l'estomac et le colon, gonflés d'air; les intestins » adhérens entre eux. Péritoine enflammé; les reins aussi. »

1108. *Bref aperçu.*—Qu'il y ait quelquefois un épanchement plus ou moins considérable de gaz dans la cavité du péritoine par suite d'une perforation de l'estomac ou de l'intestin, c'est là un fait dont j'ai déjà entretenu nos lecteurs (1069. D.); c'est là un fait clair comme le jour, et que ne manquent guère de rencontrer et de constater de leurs propres yeux tous ceux qui cultivent assidûment à la fois l'observation clinique et l'anatomie pathologique. Mais alors, il faut bien le reconnaître, si considérable que soit la tympanite péritonéale, qu'est-elle, sinon un accident secondaire, dont l'importance se perd, ou du moins se confond dans le funeste ensemble des cruels symptômes d'une péritonite suraiguë (574. D. γ.)?

On comprend pareillement fort bien qu'une autre variété de pneumatose péritonéale symptomatique vienne à se produire par un mode pathogénique de même nature (1069. D.), si par hasard une série de phénomènes morbides et d'altérations anatomiques que je ne crois pas avoir besoin d'exposer en détail, et que nos lecteurs sauront aisément se figurer, ouvre une communication entre les voies bronchiques et la cavité du péritoine, et laisse ainsi pénétrer dans cette cavité une plus ou moins grande quantité d'air atmosphérique. C'est là, sans doute, un cas fort rare, mais contre la réalité duquel il n'est pas permis d'élever aucune objection.

Il y a encore un mode pathogénique qui ne me paraît pas moins incontestablement reconnu comme propre à former une pneumatose péritonéale : c'est la décomposition de diverses matières qui peuvent se trouver contenues contre nature à l'intérieur du péritoine (1069. B.), comme, par exemple, un épanchement purulent, une masse d'hydatides mortes, les débris d'un fœtus d'une grossesse extra-utérine, etc. Toujours est-il, assurément, que le fait de Combalusier (1107) nous montre bien une tympanite péritonéale dont les gaz n'étaient pas venus par la voie d'une perforation du tube digestif, mais s'étaient dégagés dans la cavité même du péritoine. Après tout, reconnaissons-le bien encore, la tympanite péritonéale n'est, dans de semblables conditions, rien qu'un accident secondaire et, le plus généralement du moins, d'un fort mince intérêt.

Mais y a-t-il une tympanite péritonéale par exhalation gazeuse (1069. E.), une tympanite qui mériterait ainsi le nom de maladie idiopathique? Grande controverse là-dessus. Les uns disent oui ; les autres, non. En théorie, certes, la possibilité d'un cas semblable est chose toute sim-

ple, toute naturelle. Mais, il faut l'avouer, les fastes de l'art ne présentent, en ce genre, aucun fait assez authentique et assez complétement décrit pour forcer la conviction, pour enlever au scepticisme tout prétexte. Néanmoins nous adhérerons, pour notre part, au sentiment de Morgagni. Dans l'opinion de ce grand maître, c'est outrepasser les bornes du doute sage et raisonnable que de renier les observations dans lesquelles furent reconnus sur le vivant, ce qui est très facile, les caractères d'une intumescence gazeuse de l'abdomen, et dans lesquelles ensuite l'autopsie montra la fuite subite du gaz et l'affaissement de l'intumescence dès l'ouverture de la cavité, et ne découvrit aucun pertuis des parois gastro-intestinales, encore bien même que les recherches fussent faites ou surveillées par des anatomistes de premier mérite, comme, par exemple, chez un sujet disséqué par Heister sous les yeux de Ruysch.

Quoi qu'il en soit, et abstraction faite du mode pathogénique suivant lequel naît une tympanite péritonéale, avons-nous quelque moyen de la diagnostiquer d'une façon assurée, de la distinguer sur le vivant même d'avec la tympanite gastro-intestinale? En vérité, cela ne se peut guère, du moins avec une certitude pleine et entière. On a bien dit que, dans la tympanite péritonéale, le ventre est plus également, plus uniformément tendu; que la palpation ne parvient pas à y saisir çà et là les formes de quelques anses intestinales; qu'il n'y a ni borborygmes, ni éructations, ni flatuosités inférieures; que le malade ne se trouve pas en état de constipation opiniâtre, etc. Mais Jean-Pierre Frank a parfaitement démontré la vanité de ces prétendus signes différentiels. Toutefois, je lis dans un journal récent (*Journ. de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., mars 1843, p. 89) qu'un médecin allemand appelle l'attention sur un signe qui serait véritablement pathognomonique. Ce signe, c'est la résonnance tympanique dans la région même de l'hypochondre droit, parce que le foie se trouverait alors refoulé en arrière, et que les gaz s'interposeraient entre ce viscère et les parois abdominales, à moins d'adhérences du péritoine hépatique avec le péritoine pariétal. Ce n'est pas *à priori* que notre confrère d'outre-Rhin proclame la valeur d'un semblable signe : c'est d'après l'observation d'un cas de fièvre typhoïde où la tympanite péritonéale se serait produite sans aucune perforation de l'intestin. Mais est-ce donc un phénomène constant que cette interposition des gaz entre les parois de l'hypocondre et le foie? Et puis, en cas de tympanite gastro-intestinale, lorsqu'il y a refoulement du foie en haut, et que des anses intestinales, énormément gonflées de gaz, viennent se loger à la place de ce viscère dans l'hypocondre droit, ne serait-ce pas très facile de se méprendre et de croire, là aussi, à l'existence d'une tympanite péritonéale?

Inutile d'expliquer longuement combien sont funestes les cas dans lesquels la tympanite péritonéale se développe symptomatiquement, par suite d'une perforation quelconque, ou bien en raison de la décomposition que la matière d'un épanchement ou toute autre matière vient à éprouver au-dedans de la cavité abdominale : ils sont funestes et mortels, non par la tympanite même, mais par la gravité et la léthalité des vices organiques dont la tympanite est l'effet.

Quant à la tympanite péritonéale idiopathique ou par exhalation, nous ne voyons pas trop pourquoi elle aurait toujours et nécessairement une terminaison malheureuse; pourquoi elle ne pourrait pas se dissiper par voie de résorption, spontanément, ou grâce à l'intervention de l'art; pourquoi, au besoin même, une ponction faite à l'aide d'un trois-quarts très fin ne serait pas une opération aussi efficace qu'innocente, comme cela eut lieu chez la jeune fille dont Dusseaux nous rapporte l'histoire (1107)? Que faire, d'ailleurs, avant d'avoir recours à la paracentèse? Ce qu'il y a de plus rationnel, ce qui semble applicable à tous les cas, c'est d'appliquer de la glace sur l'abdomen (1072. B.). Mais à quoi bon insister longuement sur le traitement d'un cas si rare, et que nous ne rencontrerons peut-être jamais dans notre pratique? Si par hasard cette rareté se rencontre, chacun de nous fera ce que bon lui semblera dans sa sagesse, prendra conseil des circonstances, et prescrira, selon les indications particulières du cas, les antispasmodiques, les corroborans, les stimulans, etc.

ARTICLE VII.

PNEUMO-THORAX.

(Hard : — de Πνεῦμα, air ou gaz, et Θώραξ, poitrine. — Par analogie complète avec le terme d'*Hydrothorax*, voyez ci-dessus, chapitre X, article IV.)

Synonymie : — Aéropleurie, de M. Piorry.

Bibliographie. — PSEUDO-HIPP. — Dans le II[e] livre du Traité *Des maladies* (Περὶ νούσων) : éd. Kuhn, t. II, p. 258. — Là, il est évidemment fait mention du bruit de fluctuation ou gargouillement que, dans un pneumo-thorax compliqué d'épanchement séreux ou autre (hydro-pneumo-thorax), on peut entendre en secouant le malade par les épaules. Cette méthode d'exploration, la *succussion hippocratique*, avait été presque entièrement oubliée, au point de devenir une énigme et une source de contre-sens pour les traducteurs et les commentateurs, et l'on peut affirmer qu'elle n'a guère été mise en pratique depuis les Asclépiades jusqu'à notre siècle, où le génie de Laënnec en comprit et en proclama la valeur. C'est que le tort des Asclépiades, comme on le voit dans le passage que

je cite et dans plusieurs passages de leurs divers écrits, est d'avoir attribué à l'empyème, d'une manière trop générale et presque sans restriction, le signe dont il s'agit, tandis que l'empyème simple n'a jamais pu être reconnu de telle façon. Voilà sans doute pourquoi la succussion hippocratique, si souvent, comme de raison, demeurée muette et, pour ainsi dire, trouvée en défaut dans les cas les plus certains et les plus évidens d'hydrothorax, d'épanchement pleurétique, et d'empyème quelconque, dut finir par tomber dans l'abandon.

RIOLAN. — (*Enchiridium anatomicum*, lib. III, c. 2.) — Dit avoir vu faire plusieurs fois heureusement l'opération de l'empyème pour des cas que l'on regardait comme des hydropisies de poitrine, et dans lesquels on ne vit sortir, au lieu de sérosité et de pus, que de l'air qui s'échappait avec une sorte d'explosion.

WILLIS. — (*Pharmaceutice rationalis.* Sect. I, cap. XIII, *De pectoris hydrope*). — Art. 1 (Là, pour établir en thèse générale la réalité de l'hydropisie de poitrine, Willis invoque comme une preuve démonstrative, indépendamment de l'autopsie cadavérique, le bruit de fluctuation que, dès le vivant même, le liquide épanché fait entendre); — art. 3 (Histoire particulière d'un cas très remarquable d'hydro-pneumothorax, traité avec succès par l'opération de l'empyème. — « Dernièrement, un jeune homme sain et ro- » buste, impunément habitué depuis longtemps à la chaleur, à de » rudes courses à cheval, ainsi qu'à d'autres exercices du corps, si » excessifs qu'ils fussent, ressentit enfin dans le thorax un trop-plein, » ou une sorte de gonflement: à tel point que la cavité qui renferme » le poumon gauche parut agrandie, et le cœur repoussé hors de » sa place et déjeté à droite; c'était en effet de ce côté que la pul- » sation en était appréciable au degré le plus manifeste. Après qu'il » eut demeuré quelque temps dans cet état, il eut, un jour, le » sentiment d'avoir un vaisseau de rompu dans la cavité du thorax; » et, durant l'espace de la demi-heure qui s'ensuivit, cette région » fit entendre le bruit d'une humeur qui, goutte à goutte, tombe- » rait du haut dans le fond de la cavité, bruit non seulement per- » ceptible au malade, mais même entendu par les assistans. Quoi- » qu'il eût d'abord été étonné par l'étrangeté de cette affection, » cependant, comme il continuait d'être assez bien portant quant » aux forces, à l'appétit, au sommeil et aux autres fonctions natu- » relles, il ne tarda pas de reprendre sa sécurité, et négligea les » secours de la médecine. Depuis lors, pourtant, dans les mouve- » mens du corps, dans l'action de se pencher, ou dans une se- » cousse quelconque, il sentait une fluctuation de l'eau amoncelée

» à l'intérieur du côté gauche ; bien plus, pour quiconque
» voulait observer le malade, le flot et surtout le bruit devenaient
» sensibles, pourvu qu'on appliquât la main et qu'on prêtât l'o-
» reille..... Nul doute que ce seigneur distingué ne fût alors affecté
» d'une hydropisie de poitrine. . . . . Comme l'inon-
» dation de la région précordiale, de ce sanctuaire si essentiel à la
» vie, devenait imminente, le noble personnage crut enfin à pro-
» pos d'avoir soin de lui, eut recours à la médecine, et pour se
» guérir prit quelques remèdes à la campagne, mais sans aucun
» profit notable. Venu ensuite à Londres, il consulta le docte D^r
» Lower, avec qui il avait déjà fait autrefois connaissance. Ce-
» lui-ci, proposant comme unique remède l'ouverture du thorax,
» fit appeler en consultation le docte Dr Micklethwait et moi.
» D'un commun et unanime avis, l'opération est aussitôt décidée.
» Ainsi donc, après tous les préparatifs nécessaires, le chirurgien
» appliqua un cautère entre la sixième et la septième côte, et le
» lendemain, par la voie d'une incision qui pénétrait jusque dans
» la cavité de la poitrine, il introduisit une canule. Cela fait, sur-
» le-champ s'écoula un liquide épais, et qui, comme le chyle,
» était blanchâtre et laiteux. La première fois on en retira seule-
» ment six onces environ, et autant le lendemain. Le troisième
» jour, comme on en eut laissé sortir une quantité un peu plus
» grande, le malade fut atteint sur-le-champ d'un très grand affai-
» blissement, et, pris ensuite de fièvre, il alla mal pendant un ou
» deux jours. C'est pourquoi, jusqu'à ce qu'il eût recouvré son
» bien-être et ses forces, on résolut de ne pas laisser écouler la
» matière de l'épanchement. Mais ensuite, après une évacuation
» opérée chaque jour par petites portions, la cavité de la poitrine
» fut presque entièrement vidée. La canule est encore à demeure
» dans l'ouverture ; on ne la débouche qu'une seule fois dans l'es-
» pace d'un nycthémère, et il ne s'en écoule que fort peu d'hu-
» meur. D'ailleurs, l'opéré, dont l'estomac, la mine et les forces
» sont en bon état, va à la promenade, monte à cheval, et exé-
» cute avec assez de vigueur tous les exercices auxquels il était
» accoutumé. . . . . Le noble personnage avait paru recou-
» vrer la santé, les forces, l'embonpoint, et même une parfaite
» aisance dans le jeu de la poitrine, tant qu'il garda dans l'ouver-
» ture du côté la canule d'argent, par où l'humeur s'écoulait
» chaque jour. Comme au bout de quelques mois on eut ôté la
» canule et que la plaie se fut fermée, la même humeur s'accu-
» mula de nouveau à l'intérieur de la poitrine, accumulation ma-
» nifestement révélée par le bruit et la fluctuation. Avec le retour

» de la maladie devait avoir lieu le retour du même remède ; l'o-
» pération était donc résolue ; mais par hasard, grâce à la nature
» qui prit le rôle du chirurgien, l'ouverture se fit spontanément, et
» donna issue à une matière bien faite pour être rejetée au dehors.
» Ce qui est donc une nécessité et un devoir pour prévenir que
» cette matière ne vienne engouer la poitrine, c'est d'entretenir
» constamment l'ouverture en guise de fistule. »

COMBALUSIER. — *Op. cit.* (1064), n. 456. — Parle d'une ponction faite au thorax, sous les yeux de Barbeyrac, célèbre professeur et praticien de Montpellier, pour un cas que l'on considérait comme un empyème. On ne vit sortir par la canule du trois-quarts pas autre chose que de l'air ; et le malade fut guéri.

MORGAGNI. — Epist. XVI, art. 36-7. — Rapporte l'observation d'une femme qui, en se remuant, entendait elle-même dans sa poitrine un bruit de fluctuation, et qui avait, comme le montra l'autopsie, un épanchement de sérosité verdâtre dans les deux plèvres ; cite, en outre, quelques cas semblables, attestés par d'autres observateurs ; mais ne paraît nullement avoir entrevu la cause particulière du phénomène, tout en reconnaissant fort bien que ce phénomène n'était pas, ne pouvait pas être un signe constant de l'épanchement pleural.

ITARD. *Dissertation sur le pneumo-thorax ou les congestions gazeuses qui se forment dans la poitrine.* Th. inaug. Paris, 1803, n° 303 (in-8°, — an XI).

BAYLE (G.-L.). — (*Recherches sur la phthisie pulmonaire.*) Chap. IX, observ. XI et XL (Observations de pneumo-thorax joint à un épanchement, séreux dans un cas, purulent dans l'autre. — Le pneumo-thorax n'avait pas été reconnu ni même soupçonné sur le vivant ; il ne fut constaté qu'à l'autopsie).

BRESCHET. — Art. *Emphysème*, déjà cité (1082). — C. « La cavité » du thorax peut être le siége d'un épanchement d'air, etc. »

LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*) IIe partie, IVe sect., chap. 4, *Du pneumo-thorax ou des épanchemens aériformes dans la cavité de la plèvre.*

PIORRY. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. XLIII, p. 370-84.) — Article *Pneumato-thorax.*

LOUIS. *Observations relatives à la perforation du parenchyme du poumon, par suite de la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité des plèvres.* (Dans les *Archives*, juillet 1824.)

SAUSSIER. *Recherches sur le pneumo-thorax et les maladies qui le produisent, les perforations pulmonaires en particulier.* Thèse inaug. Paris, 1841. — Très bonne monographie, fondée sur un la-

borieux recensement, et une analyse méthodique de la plupart des faits de pneumo-thorax jusque là connus.

CHOMEL. — (Dans le *Répert.*, — t. XXV, p. 233-47). — Art. *Pneumo-thorax.*

VALLEIX. — (*Guide du médecin praticien*, — t. II, chap. VI.)

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin et prat. des maladies des enfans.*) Ire classe, chap. V, *Pneumo-thorax :* art. 1er, *Pneumo-thorax en général;* art. 2, *Pneumo-thorax suite de pneumonie.* (T. Ier, p. 181-200). — VIIe classe, chap. IV, § III (Pneumo-thorax chez les sujets atteints de tuberculisation pulmonaire ou de tuberculisation ganglio-bronchique). (T. III, p. 348-62.)

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, t. VII, p. 128-138.) — Art. *Pneumo-thorax.*

HUGHES. *Researches on the Pneumo-thorax.* (Dans *The London medical Gazette*, mars 1845.)

Voyez, enfin, dans le *Journal de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., juillet 1843, — d'après un journal allemand (*Schmidt's Jahrbücher*), — l'observation d'un cas de pneumo-thorax traumatique (par compression violente de la poitrine), dans lequel la ponction procura une prompte et complète guérison.

1110. *Définition scolastique.* (29. A.) — Le pneumo-thorax est la pneumatose de la cavité pleurale.

Telle est la signification fixe et précise dans laquelle l'usage restreint et consacre un terme qui, à ne consulter que l'étymologie seule, pourrait très bien, il est vrai, s'appliquer indifféremment à toutes les pneumatoses du thorax quelles qu'elles soient.

1111. *Remarques particulières par rapport au siége du mal.* — A. Le pneumo-thorax, à en juger par les observations jusqu'ici publiées, est beaucoup plus fréquent du côté droit que du côté gauche. Cette différence me paraît avoir son explication dans la supériorité de fréquence, d'étendue et d'énergie des mouvemens du bras droit. Je n'ai pas besoin, sans doute, de démontrer à des lecteurs instruits en physiologie (9) comment les mouvemens du bras peuvent troubler et contrarier la nature dans le travail de formation et de consolidation des adhérences pleurétiques propres à prévenir les perforations tuberculeuses ou autres que nous verrons plus bas (1117), être la cause la plus commune, si ce n'est même la seule et unique, du développement d'un pneumo-thorax.

B. Le pneumo-thorax double, c'est-à-dire occupant chez le même individu les deux cavités pleurales tout à la fois, est un cas excessivement rare.

1112. *Symptômes principaux.* — A. *Douleur thoracique :* très vive, en général, et sévissant sous forme de point de côté, dès le début même du pneumo-thorax. Elle est due, effectivement, à la pleurésie aiguë qui, avec le pneumo-thorax, ne manque jamais de se développer par suite d'une de ces perforations dites spontanées du poumon.

B. *Dyspnée excessive :* survenant tout-à-coup, avec les premières atteintes du point de côté, et la plupart du temps, aussi, avec pâleur et décomposition du faciès, fréquence et petitesse du pouls, angoisse extrême, défaillance imminente. Voilà le drame morbide qui se produit, en règle ordinaire. Voilà ce qui, par exemple, chez un individu déjà pris de tuberculisation pulmonaire, fait soupçonner l'invasion d'un pneumo-thorax, et commande à l'observateur de procéder à la recherche des signes de percussion et d'auscultation.

C. *Sonorité tympanique :* ou, tout au moins, sonorité plus claire que de coutume, plus claire que de l'autre côté du thorax. Si donc la percussion ne nous éclaire pas toujours du premier coup et d'une façon absolue, par la seule exploration du côté affecté, elle ne manque pas de nous fournir de précieux renseignemens à la suite d'une exploration comparative des deux côtés.

D. *Absence complète du bruit respiratoire :* mais seulement dans le cas où le pneumo-thorax existe sans communication avec les voies bronchiques, soit qu'une semblable communication n'ait jamais eu lieu, soit qu'elle ait fini par s'oblitérer.

E. *Respiration amphorique* (46. F. γ.) : toutes les fois, au contraire, qu'une communication est et demeure ouverte entre les voies bronchiques et la cavité pleurale. Inutile d'ajouter que la voix et la toux présentent alors le même timbre.

F. *Traitement métallique* (46. F. γ.) : dans la même circonstance que je viens de dire (E.).

G. *Dilatation du côté affecté :* quelquefois évidente de prime abord au plus simple coup d'œil, en raison surtout de l'élargissement considérable et de la forme bombée de tous les espaces intercostaux; quelquefois, au contraire, n'étant appréciable qu'à l'aide d'une exacte mensuration.

1113. *Marche et terminaison.* — Le pneumo-thorax est parfois une maladie des plus sur-aiguës, et peut produire la mort en quelques heures. D'autres fois, il a une longue durée; il persiste un ou plusieurs mois, soit en s'amendant peu à peu pour disparaître entièrement, soit en demeurant stationnaire pour aboutir ensuite à une terminaison funeste, qui, en pareil cas, est moins le fait du pneumo-thorax même que des affections protopathiques ou deutéropathiques dont le pneumo-thorax se montre presque toujours compliqué.

1114. *Détails anatomiques.* — A l'autopsie cadavérique, le pneumo-

thorax, —de quelque origine qu'il provienne, et n'importe qu'il soit, par conséquent, en coexistence avec tel ou tel des divers vices anatomiques auxquels il peut devoir naissance, et qui vont être ci-après indiqués, —présente dans tous les cas les caractères communs qui suivent. Et d'abord, ai-je besoin de rappeler que sur le cadavre on retrouvera, tout comme sur le vivant, la dilatation du côté et la sonorité tympanique? La cavité pleurale se montre remplie d'une certaine quantité de gaz (assez ordinairement depuis un demi-litre jusqu'à un litre environ, quelquefois plus, quelquefois moins); lorsqu'on a la précaution de ne faire tout d'abord qu'une étroite ouverture à la poitrine, les gaz s'échappent en sifflant et petit à petit à travers cette ouverture, et peuvent être aisément recueillis dans des éprouvettes à l'effet d'en examiner la nature chimique. Presque toujours, avec ces gaz, la plèvre contient aussi un épanchement, tant minime soit-il, de sérosité trouble et sanieuse, de pus ou de sang. Il est infiniment rare de ne constater là rien autre chose qu'une masse gazeuse et une exsudation pseudo-membraneuse. Suivant le volume de la masse gazeuse, le poumon se trouve plus ou moins éloigné des parois costales. Quelquefois refoulé en totalité contre la colonne vertébrale, quelquefois, tout au contraire, il ne présente cet état de refoulement que dans une portion plus ou moins considérable : ce dernier cas se voit toutes les fois que la pneumatose, au lieu de se développer dans une cavité pleurale jusque là parfaitement libre, a rencontré des adhérences pleurétiques qui l'ont emprisonnée et circonscrite dans des limites plus ou moins étroites, dans une configuration plus ou moins bizarre. Il va sans dire que le parenchyme pulmonaire se montre plus ou moins condensé par l'effet de l'épanchement gazeux, indépendamment des autres altérations protopathiques ou deutéropathiques qui, selon le cas, peuvent y exister. Afin de découvrir aisément la perforation qui, très fréquemment, subsiste encore lors de l'autopsie, mais ne se laisse pas toujours apercevoir visiblement au premier coup d'œil, il faut insuffler les poumons par la trachée-artère, et cette perforation est aussitôt décelée par l'air qui s'en échappe en sifflant, ou bien, ce qui est plus sûr, en formant des bulles sur l'eau où se fera, dans un tel but, l'examen du poumon. Au surplus, lors même qu'à l'autopsie la perforation pulmonaire ne se retrouve pas, ce n'est pas à dire qu'elle n'ait pas eu lieu dans le principe : tant s'en faut; car il se peut fort bien qu'elle se soit, depuis, cicatrisée et complétement oblitérée. C'est donc d'après d'autres considérations, d'après une complète appréciation de toutes les circonstances particulières du cas donné, qu'il est alors permis de trancher la question de savoir si le pneumo-thorax doit ou non son existence à une perforation du poumon.

1115. *Nature chimique des gaz du pneumo-thorax.* — Ce n'est que

dans un très petit nombre de cas que les gaz du pneumo-thorax sont fétides, ont une odeur gangréneuse ou putride, et présentent une certaine proportion d'hydrogène sulfuré; dans la grande majorité des cas, ils sont inodores. Et, chose vraiment digne de remarque, lors même qu'entre les voies bronchiques et la cavité pleurale il y a une large et facile communication, ce n'est pas de l'air pur qui constitue le pneumo-thorax : il s'en faut de beaucoup. Dans ce cas-là, comme dans ceux où nous ne trouvons qu'une perforation excessivement étroite, voire même pas de perforation du tout, les gaz du pneumo-thorax se composent principalement d'azote, et d'acide carbonique; si l'oxigène s'y rencontre quelquefois, ce n'est qu'en proportion minime et à peine appréciable. Voilà ce que, dernièrement encore, en parfaite conformité avec les résultats autrefois obtenus par John David, M. Grisolle a vu et proclamé (*Tr. élém. et prat. de path. intern.*, t. I[er], p. 798). Quant à moi, je n'ai jamais fait d'analyses bien rigoureuses en ce genre : mais il y a peu de jours encore (août 1845), il me semble à propos de le dire, mes élèves et moi avons constaté, chez un sujet poumonique mort à la suite d'un pneumo-thorax, que le gaz épanché dans la cavité pleurale éteignait immédiatement la flamme d'une bougie ou d'une allumette, et rendait trouble l'eau de chaux; mais cette eau, toutefois, ne devenait pas assez trouble, ne blanchissait pas d'une manière assez prononcée pour permettre de croire que le gaz fût entièrement ou presque entièrement composé d'acide carbonique, et sans un considérable mélange d'azote.

1116. *Complication ordinaire d'un épanchement pleurétique avec le pneumo-thorax* (Hydro-pneumo-thorax). — Si l'on voulait, à la rigueur, voir un hydro-pneumo-thorax là où un épanchement séreux ou purulent, tant faible soit-il, se trouve joint à la pneumatose de la cavité pleurale (1114), la complication dont il s'agit devrait donc être qualifiée, non seulement de règle ordinaire et générale, mais de règle à peu près sans exception. Mais, abstraction faite des cas dans lesquels l'épanchement pleurétique est à peu près insignifiant, trop insignifiant pour se faire reconnaître par des caractères physiques sur le vivant même, n'appelons du nom d'hydro-pneumo-thorax que les cas où le pneumo-thorax n'est pas le seul mal physiquement appréciable au diagnostic, mais où le bruit de fluctuation obtenu par la succussion hippocratique (1109), et la matité de la zone inférieure du côté même qui, en haut, présente une sonorité tympanique, dénoncent évidemment au clinicien la coexistence d'un épanchement liquide avec l'épanchement gazeux : eh bien, même encore, avec une telle restriction, l'hydro-pneumo-thorax est la règle; et le pneumo-thorax simple, ou soi-disant tel, l'exception. Ce qui est même très commun à rencontrer en pareille cir-

constance, c'est de voir la sonorité tympanique et les autres signes caractéristiques du pneumo-thorax céder peu à peu la place à la matité progressivement ascendante de l'épanchement pleurétique, qui finit par occuper entièrement toute la cavité.

1117. *Étiologie.* — Si je ne voulais m'en rapporter qu'à ma seule expérience, qu'à ce que j'ai vu de mes propres yeux dans le cours de ma pratique, je devrais, moi aussi, professer avec Itard, avec MM. Rilliet et Barthez, avec quelques autres pathologistes, que les perforations pulmonaires sont le seul et unique mode pathogénique en vertu duquel puisse se former le pneumo-thorax. (1069. D.)

Mais, l'avouerai-je? en considérant tant d'autorités imposantes qui appuient la doctrine contraire, en ne comptant même que Laënnec, qui, fût-il le seul pour la défendre, nous ferait là-dessus le devoir d'une grande réserve, j'hésite encore. Je n'ose pas nier absolument que le pneumo-thorax ne puisse se former dans une cavité pleurale parfaitement close et inaccessible à l'air extérieur ; qu'il ne puisse y naître et grandir, soit par la décomposition d'une humeur qu'une sécrétion morbide y aurait versée et accumulée depuis plus ou moins longtemps (1069. B.), soit par le simple fait d'une exhalation gazeuse (1069. E.). Toutefois, ce qui est du moins incontestable, c'est que de semblables cas, si tant est qu'ils soient réels, sont étrangement exceptionnels, véritablement rarissimes.

Pour en revenir aux perforations pulmonaires par où le pneumo-thorax prend naissance, sinon exclusivement, du moins le plus généralement sans comparaison, disons donc qu'elles peuvent être dues : 1° à un ramollissement tuberculeux, 2° à un abcès pneumonique, 3° à la gangrène, 4° à l'hémorragie intrà-pulmonaire, 5° à une fracture de côte (*Path. chir.*, chap. XX, art. XIII. — T. Ier, p. 710), 6° peut-être, enfin, à l'emphysème interlobulaire (1087. A.). Il est à propos d'ajouter que, de toutes les affections protopathiques qui viennent d'être énumérées, la tuberculisation est celle qui produit, incomparablement, la plupart des pneumo-thorax. Encore une remarque qui me semble mériter aussi notre attention : c'est que tantôt la perforation du poumon et l'invasion du pneumo-thorax ont lieu à l'occasion d'une quinte de toux, ou d'un effort violent, circonstances éminemment propres, on le conçoit sans peine, à déterminer ou à hâter, par exemple, la rupture d'une caverne, d'un abcès, d'un foyer gangréneux, etc., qui touchent déjà à la plèvre même ou peu s'en faut; tantôt, au contraire, les phénomènes dont il s'agit surviennent sans cause occasionnelle appréciable, ce qu'il n'est pas non plus difficile d'expliquer et de comprendre par le progrès naturel d'un vice organique qui, s'avançant de plus en plus vers la périphérie du poumon, finit par rompre la dernière barrière entre l'air extérieur et la cavité pleurale.

1118. *Diagnostic.* — L'exagération de la sonorité thoracique à la percussion et en même temps l'absence complète du murmure respiratoire, ou bien l'existence de la respiration amphorique et du tintement métallique, le bruit de fluctuation produit par la succussion hippocratique : voilà, en un bref résumé, les principales bases sur lesquelles se fonde le diagnostic du pneumo-thorax, avec une certitude parfaite en ce qui concerne, du moins, un très grand nombre de cas. Ce n'est pas que quelquefois l'emphysème pulmonaire et surtout une vaste excavation d'origine tuberculeuse ne puissent en imposer, ne puissent être une occasion d'hésiter et de se méprendre, notamment lorsqu'on est encore peu expérimenté, peu rompu à l'étude et à l'appréciation des phénomènes stéthoscopiques. Vu les limites où je suis obligé de renfermer mon ouvrage, je m'abstiens d'expliquer tout au long comment, au lit du malade, on peut prendre une très grande caverne pour un pneumo-thorax, ou prendre pour une caverne un pneumo-thorax circonscrit dans une étendue médiocre ; comment et par quelles considérations une telle confusion peut être évitée toutes les fois qu'elle n'est pas inévitable.

1119. *Pronostic.* — Il doit toujours être fort grave, non seulement à raison du pneumo-thorax même, mais encore à raison de l'affection protopathique, dont l'existence, si elle n'était déjà évidente depuis longtemps, devient dès lors à peu près indubitable. Assurément, ce n'est pas une chose tout-à-fait impossible que, même chez un individu poumonique, le pneumo-thorax tourne à une heureuse issue. Cela s'est vu. Je l'ai vu moi-même une fois, dans le cours de mes études, à la clinique de la Charité, chez une jeune fille dont le pneumo-thorax fut diagnostiqué par M. Chomel. Au bout de plusieurs mois de maladie, tous les symptômes du pneumo-thorax avaient disparu, et cette jeune fille sortit de l'hôpital dans un état de santé passable. Qu'elle ait dû succomber depuis aux progrès de la tuberculisation pulmonaire, c'est plus que probable ; mais toujours est-il qu'elle avait guéri de son pneumo-thorax. A combien plus forte raison le pneumo-thorax ne sera-t-il donc pas susceptible de guérison, si, par impossible, il vient à se présenter comme maladie idiopathique, ou si du moins il se montre lié à quelque altération pulmonaire moins sinistre et moins impitoyable que la tuberculisation. C'est pourquoi MM. Rilliet et Barthez me semblent avoir raison de considérer le pneumo-thorax comme étant peut-être moins grave chez l'enfant que chez l'adulte. Voici comment ils s'expriment touchant cette question :

« Le pneumo-thorax est sans contredit une maladie fort grave. » Cependant, en considérant : 1° que les enfans supportent mieux que » les adultes une gêne extrême de la respiration, pourvu que sa durée

» ne dépasse pas certaines limites ; 2° que, chez les enfans atteints de » pneumo-thorax, la dyspnée n'est excessive que pendant peu de jours ; » 3° qu'il existe des cas bien positifs de prolongation de la maladie » pendant un mois et plus ; 4° que la cause possible de la maladie » (abcès du poumon) n'implique pas une affection antérieure au pneumo- » thorax presque nécessairement mortelle ; 5° qu'il existe des faits très » réels de guérison, on peut admettre, ce semble, que le pneumo- » thorax est moins grave chez l'enfant que chez l'adulte. Mais cette » question réclame la sanction d'une nouvelle expérience. »

1120. *Thérapeutique.* — A. Hardi et habile emploi des narcotiques, et principalement des opiacés, pour calmer la dyspnée et la toux.

B. Au besoin, quelques émissions sanguines, si elles sont indiquées, pour enlever le point pleurétique, pour remédier à l'imminence de la suffocation. Mais il ne faut les faire intervenir qu'à bon escient et avec une prudente parcimonie, afin de ménager les forces, dont la conservation est si nécessaire pour la chance rare, mais réelle, d'une disparition lente et progressive du pneumo-thorax.

C. Pourquoi pas la paracentèse à l'aide d'un trois-quarts très fin ? C'est là une ressource extrême, mais à laquelle il convient de recourir, ne fût-ce que pour ajourner le dénouement mortel, lorsque la suffocation, malgré tous les autres remèdes, menace d'emporter le malade avant peu, et lorsque le diagnostic accuse indubitablement un énorme pneumo-thorax où le trois-quarts puisse être impunément plongé sans atteindre ni blesser le poumon.

ARTICLE VIII.

PNEUMO-PÉRICARDE.

(Laënnec : — de Πνεῦμα, air ou gaz, et Περικάρδιον, péricarde.)

1121. *Bibliographie.* — SENAC. — Traité déjà cité (745) : livre VI, chap. III, § 3 (Le péricarde peut se remplir de sang, de pus et d'air.)

LIEUTAUD. — (*Hist. anatomico-medica*). Lib. II, sect. III, art. 5, *Pericardii flatulentia.*

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*). IIIe partie, sect. II, chap. 23, *Du pneumo-péricarde.*

HOPE. — Ouvrage déjà cité (599). — Part V, chapter IV, *Pneumo-pericardium.*

BOUILLAUD. — (*Tr. clin. des mal. du cœur*). — T. II, p. 471-2 (*Du pneumo-péricarde et de l'hydro-pneumo-péricarde*).

PIORRY. — (*Tr. de méd. prat.*, t. II). — § 2937-40 (Aéropéricardie, Hydraéropéricardie.)

1122. *Bref aperçu.* — Les autopsies ont montré quelquefois le péricarde rempli et distendu par un fluide aériforme. Nul doute que, dans un certain nombre de cas, ce ne fût là, tout simplement, un effet de la putréfaction. Mais, pour d'autres cas, à l'égard desquels les observateurs ont expressément noté que la putréfaction commençait à peine ou même n'existait pas du tout encore à l'heure de l'auptosie, et dans lesquels, plus ou moins longtemps avant la mort, il s'était déclaré des troubles morbides du côté du cœur, on ne saurait, en vérité, disconvenir que le péricarde n'ait dû être, sur le vivant même, le siége de l'accumulation gazeuse. Toutefois, il faut le dire, Laënnec, en se préoccupant d'étudier le pneumo-péricarde mieux qu'on ne l'avait étudié jusqu'alors, s'en est singulièrement exagéré la fréquence, par je ne sais quelle illusion des plus inconcevables.

Incontestablement, le pneumo-péricarde est une affection très rare ; et il ne paraît même pas que cette pneumatose ait jamais été observée à l'état de parfaite simplicité, et autrement qu'en complication avec un épanchement liquide.

On a dit, et la physique, en effet, nous enseigne *à priori*, que deux signes dénoncent au clinicien l'existence d'un pneumo-péricarde et d'un hydro-pneumo-péricarde. Ces deux signes sont : 1° la sonorité tympanique de la région précordiale ; mais, bien entendu, ajouterons-nous, qu'il ne faut pas que cette sonorité soit le moins du monde imputable à un pneumo-thorax ou à un emphysème pulmonaire ; 2° le bruit de gargouillement, qui, à l'auscultation, se montrera produit par les mouvemens du cœur au sein d'un milieu, moitié gazeux, moitié liquide. Mais combien d'attention, combien de sagacité ne faut-il pas pour éviter, à cet égard, toute erreur, toute méprise, — pour réussir, en un mot, dans le diagnostic de cas tellement exceptionnels !

Vu cette extrême rareté du pneumo-péricarde, je ne juge même pas à propos d'insister davantage et de m'étendre plus au long. Après tout, en ce qui concerne la pathogénie et la thérapeutique d'une semblable affection, je n'ai rien à dire que l'article des considérations générales n'ait déjà explicitement signalé à nos lecteurs, ou n'ait mis qui que ce soit d'entre eux à même d'y apercevoir et d'en déduire avec le plus de facilité et d'évidence (1069 et 1072).

ARTICLE IX.

PNEUMATOSE INTRA-CIRCULATOIRE.

Synonymie : — Aérendocardie , de M. Piorry (*Tr. de méd.*, t. II, section des *Cardiopathies*, chapitre XIV).

1123. *Bibliographie.* — RUYSCH. — (*Epistola problematica* XVI^a.) —Dit avoir trouvé, sur le cadavre d'une femme morte subitement, le cœur enflé à un degré prodigieux. Une fois que la pointe du scalpel y eut été plongée, ce viscère s'affaissa ; car il était plein d'air qui s'échappa tout de suite, et il ne contenait presque pas de sang.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. V, art. 17-30. — Deux observations de morts subites à la suite desquelles Morgagni constata lui-même la présence d'une certaine quantité d'*air* (fluide aériforme) mélangé avec le sang dans certains vaisseaux. Mention des cas où, selon le témoignage de Valsalva, de Pechlin, de Graetz, de Ruysch, l'autopsie a démontré comme cause vraisemblable de la mort une pneumatose et pour ainsi dire une tympanite du cœur même. Coup d'œil historique sur les expériences qui ont établi que l'injection de l'air dans les veines d'un animal vivant était une chose meurtrière. Conjectures théoriques sur les conditions pathologiques du développement d'un fluide aériforme dans le système circulatoire.

BICHAT. — (*Recherches physiologiques sur la vie et la mort*). IIe partie, art. II, § II. — *Examen de la manière dont périssent les animaux par l'injection de l'air dans les veines.* C'est le cerveau qui meurt alors le premier, suivant l'opinion de Bichat.

— *Ibidem*, art. IX, § Ier, en note. — « J'ai déjà eu occasion de » disséquer plusieurs cadavres dont la mort avait été précédée d'une » congestion sanguine dans le système capillaire extérieur de la » face, du cou, et même de la poitrine. Ce système présentait un » engorgement et une lividité remarquable dans toutes ces parties ; » et j'ai trouvé en ouvrant les artères et les veines, dans celles » du cou et de la tête spécialement, un sang écumeux et mêlé de » beaucoup de bulles d'air. J'ai appris que l'UN DE CES SUJETS » AVAIT PÉRI SUBITEMENT dans une affection convulsive des » muscles pectoraux ; je n'ai pu avoir de renseignemens sur les » autres. Au reste, tous ceux qui ont quelque habitude des am- » phithéâtres doivent avoir observé ces sortes de cadavres, qui se » putréfient très promptement et avec une odeur insupportable. » Ils ont remarqué aussi que l'air dans les vaisseaux a préexisté à » la putréfaction. — Je soupçonne que dans tous ces cas la mort a

» été produite par le passage subit de l'air du poumon dans le sang,
» qui l'a ensuite porté au cerveau, à peu près comme j'ai dit qu'elle
» survient lorsque, dans un animal vivant, on pousse beaucoup
» d'air dans le poumon, et qu'on fait aussi passer ce fluide dans le
» système vasculaire. »

PIORRY. — Article cité plus haut (1064) : III. A. B.

RÉROLLE. *Dissertation sur un nouveau genre de pneumatose se développant à la suite des hémorragies abondantes.* Th. inaug. Paris, 1832, n° 129. — Ce fait, il faut le dire, avait déjà été annoncé et professé par le célèbre anatomiste Littre (voyez l'*Histoire de l'Acad. roy. des sciences*, année 1714).

FORGET. *Mémoire sur les accidens causés par la présence de l'air dans les voies circulatoires.* (Dans *Transactions médicales*, octobre 1832.)

OLLIVIER (d'Angers). — (Dans le *Répert.*, t. II, p. 64-74) — Article *Air*, § II, *Effets de l'air atmosphérique sur l'organisme*, A. *Action de l'air introduit dans les vaisseaux sanguins.*

— *Considérations médico-légales sur les morts subites.* (Dans les *Archives*, janvier 1838.) — § IV, *De la mort subite qui résulte du développement spontané d'un fluide gazeux dans le sang, et de son accumulation dans le cœur.*

1124. *Bref aperçu.* — Il est constant que l'injection de l'air dans les veines est un moyen infaillible de tuer sur-le-champ les chiens, les lapins et autres animaux de la même classe que notre espèce : l'animal, en pareille circonstance, pousse un ou plusieurs cris plaintifs, et après quelques convulsions expire très promptement.

Il est également constant que, dans certains cas où les chirurgiens ont vu leurs opérés mourir subitement au milieu même de l'opération, on a dû imputer ce terrible accident à ce que l'air atmosphérique, faisant irruption par les ouvertures béantes de troncs veineux assez voisins du cœur, avait pénétré en forte proportion jusqu'à ce viscère. Au surplus, cette pneumatose traumatique du système circulatoire a été étudiée, avec toute l'attention que son importance méritait, dans la *Pathologie chirurgicale* (chapitre Ier, art. Ier, § II.—T. Ier, p. 12-16. — *Introduction de l'air dans les veines*). Je n'ai donc pas à revenir là-dessus. J'invite seulement les lecteurs à se rappeler, et, s'il le faut, à relire le passage en question, afin qu'ils puissent mieux comprendre, par analogie avec un fait aujourd'hui assez bien connu et véritablement acquis à la science, le point de pathologie encore obscur, douteux, contestable, dont je vais les entretenir.

En effet, une fois qu'on sait à quels résultats funestes l'introduction

traumatique de l'air dans le système veineux aboutit si rapidement, on peut et on doit se demander, *à priori*, s'il n'y aurait pas des cas dans lesquels, sans blessure d'aucun vaisseau, un fluide aériforme pénétrât ou se développât, n'importe comment, dans le torrent circulatoire, et fût ainsi la cause de morts subites dans toute la force du terme, ou du moins très promptes à se produire après l'apparition de symptômes analogues à ceux de l'accident traumatique que nous venons de nous remettre dans la pensée. Eh bien, précisément, l'observation me semble avoir résolu par l'affirmative la question que nous posons; elle me semble avoir démontré la réalité d'une pneumatose intra-circulatoire non traumatique. Si les faits de ce genre, qui furent autrefois attestés par Pechlin, Graetz, Ruysch, Valsalva, Morgagni, etc., sont d'une date trop surannée, et n'ont pas tous les détails nécessaires pour avoir pleine et entière autorité sur tous les esprits, pour prendre, par eux-mêmes et sans l'appui de faits plus récemment constatés, une valeur indéniable, et un véritable droit de cité dans l'anatomie pathologique du XIXe siècle ; si le témoignage de Bichat laisse encore beaucoup de prise aux objections concernant la nature, peut-être purement cadavérique, de ce sang mêlé de nombreuses bulles d'air, de ce sang écumeux, que notre grand anatomiste déclare avoir vu dans les vaisseaux de plusieurs cadavres, il ne paraît plus permis de conserver des doutes après les faits si précis, si authentiques, si probans, que, de nos jours, a publiés Ollivier, d'Angers.

Dans de semblables faits, qu'a-t-on donc observé ? Le voici en peu de mots. Au sein même des apparences de la santé la plus florissante, ou bien dans un état d'indisposition légère qui n'avait absolument rien d'inquiétant, une personne tombe morte, soit en un instant indivisible, sans le moindre gémissement et comme par un coup de foudre, soit après un seul cri de terreur et d'agonie, soit après quelques minutes d'agonie extrême, de douleurs déchirantes dans la région précordiale, de dyspnée suffocante et de convulsions ; et, pour expliquer cette mort subite, l'autopsie, faite avec le plus grand soin, avec la sévérité la plus minutieuse, ne montre rien autre chose que l'existence insolite d'un fluide aériforme qui se trouve mêlé au sang dans les veines, ou qui distend énormément les cavités droites du cœur.

En pareil cas, a-t-on jamais constaté, sur le vivant, deux signes diagnostiques que la théorie prévoit et enseigne ? Ces deux signes seraient : 1° une sonorité insolite de la région précordiale ; 2° un bruit de glouglou dans le cœur, bruit infailliblement appréciable à l'auscultation. Mais je ne sache pas que, jusqu'ici, aucun observateur ait eu l'occasion, ou bien, en présence d'une si foudroyante agonie, le temps et la pensée de procéder à l'investigation des signes dont il s'agit.

Quelle est, au surplus, la nature du gaz ou des gaz de la pneumatose intra-circulatoire non traumatique? C'est là un point bien important et sur lequel, néanmoins, les observateurs ont eu le grand tort de ne point faire de recherches et de ne point acquérir de lumières. Espérons qu'à l'avenir ceux qui rencontreront quelque exemple de la pneumatose ici en question songeront à éclairer par des expériences chimiques le problème que je viens de poser et que je suis forcé de laisser sans réponse.

A combien de conjectures ne peut-on pas se livrer concernant la pathogénie de la pneumatose intra-circulatoire! Autrefois Littre, et de nos jours M. Rerolle, ont assuré que cette pneumatose se produit dans le cas d'une hémorragie très abondante; et peut-être alors ne laisse-t-elle pas de contribuer à la mort. Selon Bichat, dans certains cas d'emphysème pulmonaire aigu par suite de violens efforts, l'air échappé hors de ses voies naturelles peut fort bien faire irruption dans le système veineux par les veinules qu'il trouve déchirées et béantes dans maints et maints points du parenchyme pulmonaire. Quelques auteurs, comme Morgagni, M. Baumès, etc., accordent un rôle à la résorption de flatuosités intestinales. Pourquoi pas, quelquefois, un dégagement spontané de gaz dans l'intérieur même du sang en pleine circulation? Mais je m'arrête; je ne crois pas à propos d'insister davantage sur des questions si profondément obscures, et quant à présent à peu près insolubles.

Du reste, il est vrai de dire que la pneumatose intra-circulatoire non traumatique n'offre que peu d'intérêt au point de vue de la pratique proprement dite. Qu'avons-nous affaire, nous autres praticiens, avec un accident qui survient en dehors de toute prévision, qui tue avant que nous puissions accourir à l'appel de l'infortunée victime, et contre lequel nous ne voyons jusqu'à présent aucun remède? Mais, pourtant, il serait honteux d'ignorer cette cause de mort subite. Tel cas peut se rencontrer où nous ayons à la soupçonner, à en vérifier l'existence par l'autopsie, lorsqu'à titre de médecins légistes nous sommes appelés à éclairer l'autorité administrative ou judiciaire.

CHAPITRE XIII.

VICES ORGANIQUES DIVERS (151).

1125. *Aperçu sommaire du chapitre.* — Mille autres l'ont dit avant moi, et je le redis moi-même pour la centième fois peut-être : toutes les classifications ont un côté par où elles pèchent, par où elles donnent prise à la sévérité de la critique. Ai-je besoin de rappeler expressément à nos lecteurs ce lieu commun de logique, cette vérité banale et des plus évidentes entre tous les principes de la didactique? Et, à ce compte, trouverai-je grâce devant eux pour avoir constitué le présent chapitre? Qu'est-ce, en effet, que ce chapitre? Je rassemble, non pas, certes, à titre de famille légitime et vraiment classique, mais tout simplement comme treizième et dernière catégorie de notre première section de la *Pathologie médicale*, quelques maladies organiques qui ressortissent incontestablement à cette section, mais qui n'ont pu se ranger dans aucune des douze familles nosographiques jusqu'ici étudiées.

Après les vices de proportion du sang, les hyperémies, les hémorragies, les inflammations, les hypertrophies, les atrophies, les gangrènes, les tuberculisations, les cancers, les hydropisies, les flux et les pneumatoses; en un mot, après ces douze familles plus ou moins naturelles qui font l'objet des chapitres précédens, tout n'est pas encore dit en ce qui concerne la partie médicale de la *Nosologie organique.* Indépendamment des maladies dont je viens de tracer l'histoire, indépendamment des maladies essentiellement chirurgicales, telles que les plaies, les fractures, les luxations, etc., indépendamment enfin de celles que M. Nélaton et moi, dans le partage arbitraire et amiable de notre tâche (15), avons décidé d'attribuer au lot de la *Pathologie chirurgicale,* il reste encore à examiner certaines maladies organiques d'une haute importance, qui sont bien du ressort de la médecine proprement dite, et à l'histoire desquelles, pour ne pas encourir le juste reproche d'une omission déplorable, je dois consacrer aussi une attention toute particulière. C'est donc ce devoir que je m'en vais remplir.

Comme les divers genres de maladies que renfermera ce chapitre-ci n'ont, après leur grand et fondamental caractère de genres institués et dénommés au point de vue organique, rien autre de commun entre

eux, si ce n'est une considération toute négative, si ce n'est de n'être ni des hyperémies, ni des hémorragies, ni des inflammations, etc. ; il s'ensuit évidemment qu'il n'y a pas ici matière pour un article de propositions générales, par lesquelles l'élève soit tout d'abord initié, dans une certaine mesure, à la connaissance de toutes ces maladies à la fois, ou du moins de la plupart d'entre elles.

Voici, au surplus, l'ordre et les titres des dix articles qui vont composer ce chapitre :

1° Induration cellulaire des nouveau-nés;
2° Occlusion du canal digestif;
3° Cirrhose;
4° Dilatation des bronches;
5° Anévrisme du cœur;
6° Rupture du cœur;
7° Insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte;
8° Rétrécissement des orifices du cœur;
9° Communication contre nature des cavités droites et gauches du cœur;
10° Rétrécissement de l'aorte.

Peut-être, à la première vue, me reprochera-t-on de n'avoir pas suffisamment rempli ce chapitre, de ne pas y avoir mis tout ce que je devais y mettre, ou d'avoir indûment écourté ma tâche en laissant de côté bien des vices organiques qui auraient droit chacun à un article particulier. Mais qu'on ne se hâte pourtant pas trop de me juger ; qu'on m'écoute avant de me condamner. Aux élèves studieux qui ne jurent pas sur la parole du maître, et qui ne la veulent ratifier qu'en pleine connaissance de cause, et aux aristarques plus ou moins savans qui ne lisent guère un pauvre auteur que pour le trouver en défaut et le morigéner du haut de leur tribunal, je soumettrai les réflexions qui suivent :

1° L'objet de notre livre n'est pas d'épuiser l'anatomie pathologique tout entière, d'insister en ce genre sur tout ce qui n'est aujourd'hui encore et ne sera peut-être jamais autre chose qu'un fait de pure curiosité. C'est du point de vue pratique, surtout, que mon collaborateur et moi avons entrepris d'édifier un traité complet de pathologie. Nous ne nous faisons donc aucun scrupule, et il n'y a, en vérité, pas d'inconvénient de ne mentionner qu'à peine et en passant dans n'importe quel article, ou même de passer complétement sous silence bien des vices organiques qui n'intéressent point du tout la pratique de l'art, qui sont sans symptômes, sans influence apparente sur la santé, qui coexistent avec une parfaite normalité de toutes les fonctions, ou bien, au sein d'une maladie due à un autre vice organique, à un vice organique es-

sentiellement grave, n'ont là qu'une existence accidentelle, accessoire, inaperçue. Exemples : la transformation graisseuse des parois du cœur, cette hétérotrophie quelquefois rencontrée dans les autopsies, mais qui n'a pas de symptômes; le foie gras, si souvent lié à la tuberculisation pulmonaire sans paraître en modifier les symptômes et la marche d'aucune façon.

2° Il est certains vices anatomiques que nous avons dû déjà reconnaître et étudier comme étant au nombre des effets de l'inflammation. Ainsi avons-nous rencontré, par exemple, l'induration du foie et celle de la rate dans l'histoire de l'hépatite (632. E.) et de la splénite (637); le ramollissement du cerveau et celui de la moelle épinière dans l'histoire de l'encéphalite (619. D.) et de la myélite (624. F. 6.), etc., etc. Certes, il n'est pas impossible, et je suis bien loin de nier que les mêmes altérations de texture soient quelquefois produites sans inflammation et par quelque autre procédé pathogénique; mais, en vérité, ce n'est pas là une chose démontrée, un fait positivement acquis à la science. C'est un objet de controverses spéculatives. Voilà pourquoi, tout bien considéré, je n'ai pas cru à propos que ces altérations-là, envisagées en tant qu'étrangères à l'inflammation, eussent ici leur histoire à part. Réellement, par exemple, il n'y a, si je ne me trompe, aucun intérêt pratique, aucun fondement solide pour consacrer en nosographie la distinction entre le ramollissement inflammatoire et le ramollissement non inflammatoire du cerveau. Sous le rapport de la thérapeutique, pas plus que sous celui de la symptomatologie et de l'étiologie, une telle distinction ne nous paraît avoir aucun motif, à nous surtout qui n'accolons pas inséparablement à l'idée d'inflammation l'indication absolue et impérieuse des émissions sanguines, qui ne nous acharnons jamais à les prescrire au mépris des circonstances faites pour en contre-indiquer l'intervention (290).

3° Enfin, telle maladie ne figure pas dans le présent chapitre, parce que nous avons décidé, à tort ou à raison, de la réserver au lot de la *Pathologie chirurgicale*. Ainsi en avons-nous agi, par exemple, avec l'anévrisme de l'aorte. Encore bien que ce soit là une maladie interne dans toute la force du terme, encore bien qu'il n'y ait pas d'opération qui puisse y porter remède, encore bien que tout le traitement se réduise alors à l'intervention de la médecine proprement dite pour pallier le mal et retarder le funeste dénouement, cependant les anévrismes artériels forment une famille nosographique si naturelle, et qui appartient tellement, par la très grande majorité des genres dont elle se compose, au domaine du chirurgien, que nous préférons de l'attribuer tout entière à la *Pathologie chirurgicale*, et que, par conséquent, nos lecteurs trouveront là l'histoire particulière de l'anévrisme de l'aorte à

côté de celle de toutes les affections congénères, et à côté des considérations générales qui s'appliquent aux anévrismes de toutes les artères situées profondément ou superficiellement dans les membres ou à l'intérieur du tronc.

Après tout, il se peut fort bien, — et à Dieu ne plaise que je ne sente le besoin d'en appeler à l'indulgence de la critique! — il se peut fort bien que je laisse involontairement dans ma tâche quelque lacune injustifiable.

Cela dit, j'entre en matière.

ARTICLE PREMIER.

INDURATION CELLULAIRE DES NOUVEAU-NÉS.

1126. *Bibliographie.* — USENBEZIUS. — (Dans les *Éphémérides des curieux de la nature.* — Centurie IX, observat. XXX). — C'est là l'observation la plus ancienne qu'on ait retrouvée dans les archives de l'art concernant le genre de maladie en question : elle fut recueillie en 1718, à l'hôpital d'Ulm, sur un enfant né au huitième mois de la grossesse, et qui ne vécut qu'un jour. Hâtons-nous, d'ailleurs, de remarquer que cette maladie, sans aucun doute, a dû exister de tout temps, quoique inaperçue et ignorée.

ANDRY. *Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire des enfans nouveau-nés.* (Dans *Hist. et Mém. de la Société royale de méd.*, année 1784-5.) — Andry est le premier qui ait bien connu et bien décrit le mal en question.

AUVITY. *Mémoire* (n° 1) *sur cette question* : Rechercher quelles sont les causes de l'endurcissement du tissu cellulaire auquel plusieurs enfans nouveau-nés sont sujets, et quel doit en être le traitement, soit préservatif, soit curatif. (Dans *Mém. de la Soc. roy. de méd.*, année 1787-8. — P. 328 et sniv.)

HULME. *Mémoire* (n° 2). (*Ibidem*, p. 403 et suiv.)

NAUDEAU. *Mémoire* (n° 3). (*Ibidem*, p. 412 et suiv.)

SOUVILLE. *Observation sur l'endurcissement du tissu cellulaire des enfans nouveau-nés.* (Dans l'ancien *Journal de médecine*, octobre 1788). — Cas de guérison par la vapeur de l'eau chaude, le nouveau-né ayant été placé plusieurs fois sur une claie d'osier au-dessus d'un cuvier.

BARD. *Observations sur une maladie particulière aux enfans du premier âge, caractérisée par l'endurcissement du tissu cellulaire.* (Dans le *Journal général de méd.*, septembre et octobre 1815.)

ALIBERT. — (*Nosologie naturelle*). Famille IX, *Ethmoplécoses*,

genre II, *Sclérémie* (en deux espèces : 1. S. *universelle ;* 2 *S. partielle*).

REYDELLET. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, — t. IV, p. 229-30). — Art. *Tissu cellulaire* (*Endurcissement du*).

LÉGER. *Considérations sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les enfans nouveau-nés. Th. inaug.* Paris, 1823, n° 66.

PALLETTA. *Ricerche intorno all'induramento cellulare dei neonati.* (Dans *Annali universali d'Omodei*, — novembre et décembre 1823 ; — août et septembre 1825.)

BILLARD. *Mémoire sur l'œdème ou l'induration du tissu cellulaire des nouveau-nés.* (Dans les *Archives*, février 1827.)

JOSEPH FRANK. — (*Praxeos medicæ universæ præcepta*). T. VI, chap. XXIX, *De induratione textus cellulosi recens natorum.*

DUGÈS. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — tom. XIV, p. 563-8) : — Article *Sclérème.*

VALLEIX. — (*Clinique des maladies des enfans nouveau-nés*). — Pag. 601 et suiv.

GLUGE. — Ouvrage déjà cité (273). — Dans le Mémoire X^e. (Observations microscopiques sur les tissus cellulaire et graisseux à l'état normal et à l'état pathologique.) — M. Gluge conclut que l'induration cellulaire des nouveau-nés n'est probablement qu'un effet tout physique de la température extérieure, et se trouve due à la congélation de la graisse sur le vivant même. Mais ce qui a plus de poids et de valeur que cette conclusion hypothétique et très contestable, c'est qu'il assure avoir vu des globules sanguins dans la sérosité qui remplissait, en semblable circonstance, les mailles du tissu cellulaire.

RILLIET et BARTHEZ (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*). 1re classe, chap. XXVIII, *Endurcissement du tissu cellulaire.* — T. I, p. 739-40). — Il y a là une observation fort intéressante, recueillie sur un enfant de dix ans, d'un cas d'infiltration subinflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané, ce que les auteurs me paraissent avoir toute raison de rapprocher du sclérème des nouveau-nés.

1127. *Définition descriptive.* (29. B.) — La dénomination composée qui fait le titre du présent article se définit presque d'elle-même.

Sous ladite dénomination, nous désignons fort bien et sans équivoque ce cas d'apparence remarquablement singulière, mais de nature mal déterminée, dans lequel la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée est engorgée, gonflée et altérée de telle sorte que les tégumens, au lieu d'avoir leur souplesse naturelle, présentent à la main qui les palpe une

masse compacte, roide, dure, et où la pression du doigt ne fait point de trace, sinon à grand'peine tout au plus.

1128. *Synonymie.* — Endurcissement du tissu cellulaire : vulgairement, et aussi dans la Nosologie de Pinel (66). — Œdème concret, de beaucoup d'auteurs. — Sclérème, de Chaussier. — Sclérémie, d'Alibert. — Sclérôme, de Roche et Sanson (*Nouv. élém. de path.*, t. II, pag. 57). — *Erysipelato-sclerismus*, de quelques observateurs allemands cités par Joseph Frank : pour les cas dans lesquels, en outre de l'induration cellulaire, il y a aussi un état évident d'inflammation cutanée, un érysipèle, ou tout au moins un érythème (310). Les nouveau-nés atteints d'induration cellulaire se nomment *enfans durs* ou *durets.*

1129. *Quelques mots en ce qui concerne le siége du mal.* — A. Qu'y a-t-il de vrai, qu'y a-t-il de conforme à la saine observation, dans la distinction que certains auteurs, et Dugès entre autres, ont faite, chez les nouveau-nés, entre l'induration du tissu cellulaire et l'induration du tissu adipeux? Sont-ce là, pour une nosographie qui ne doit tenir compte que des réalités cliniques, deux espèces, deux variétés, qui aient droit d'être considérées à part l'une de l'autre? Se peut-il que chacune d'elles existe isolément? Comme l'affirmaient Billard et Dugès, l'une est-elle tout simplement un œdème, une anasarque; et l'autre, une coagulation de la graisse par le froid dans un corps dépourvu d'un degré convenable de chaleur animale? En vérité, je ne sais si une telle distinction est solidement fondée, si elle a ses bases dans la nature même et non pas dans la seule imagination. Mais il ne m'appartient pas, je l'avouerai volontiers, de trancher une question sur laquelle les hommes spéciaux voués à la pathologie de la première enfance n'ont pu jusqu'à présent tomber d'accord.

B. Jamais, ou presque jamais, l'induration cellulaire n'occupe la surface tout entière du corps; jamais, ou presque jamais elle n'envahit la région thoracique. Les parties où elle est d'ordinaire le plus fortement prononcée sont la plante des pieds, les mollets ou les joues.

1130. *Aperçu symptomatologique.* — L'induration cellulaire se déclare communément le jour même ou le lendemain de la naissance, rarement le surlendemain, plus rarement encore au bout de cinq, six ou sept jours. En général, elle débute par les extrémités inférieures, qui en même temps deviennent froides; puis elle va se développant par toute la surface du corps, à l'exception de la région thoracique (1129. B.). Il n'est pas, toutefois, fort rare, assure-t-on, que le mal prenne origine à la région des joues, où, au reste, il acquiert presque toujours un haut degré d'intensité, quel qu'ait été son point de départ. Les parties affectées offrent au doigt qui les explore et qui les presse, la dureté, la roideur, la résistance d'un morceau de bois;

du moins est-ce très souvent une similitude littéralement vraie. La peau adhère si étroitement au corps qu'on ne peut ni la soulever ni même la faire mouvoir un tant soit peu. L'induration se montre accompagnée d'une certaine augmentation de volume, surtout aux extrémités inférieures, et particulièrement à la plante des pieds, qui est alors convexe, au lieu d'être concave. Bien des fois, la tuméfaction du tissu cellulaire sous-cutané n'est point régulièrement, uniformément développée dans une certaine circonscription, mais serpente en cordons inégaux et flexueux au travers du membre affecté. Généralement, la couleur de la peau est pâle ou livide, excepté pourtant la plante des pieds et souvent aussi la jambe entière, parties alors atteintes d'érythème. L'enfant a la bouche fermée ainsi que les yeux. Mais, à moins de tétanos, complication exceptionnelle, on peut très bien abaisser la mâchoire inférieure des petits malades, comme aussi fléchir les articulations de leurs membres les unes sur les autres. Le thermomètre appliqué sur la peau constate le déficit trop réel de la chaleur animale; car il conserve la température de l'atmosphère ambiante. Introduit dans la cavité buccale, il marque 18 à 20° R. (22 à 25° centigr.), suivant les observations de Théodore Léger, faites sous les yeux de Breschet. Vagissemens faibles et lugubres; excessive difficulté, et même complète impuissance de téter et d'avaler; selles et urines naturelles, mais en petite quantité; pouls extrêmement faible, à peine appréciable : voilà les accessoires ordinaires de l'induration cellulaire des nouveau-nés. Enfin, la plupart des petits malades meurent le troisième ou quatrième jour de la maladie.

1130. *Nécroscopie.* — Les tégumens restent durs après la mort, comme sur le vivant, et se montrent, très souvent du moins, parsemés çà et là de ces taches rougeâtres, brunes ou violacées, qu'on nomme lividités cadavériques. Sous les incisions du scalpel qui opère la dissection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on voit ruisseler une abondante quantité de sérosité jaunâtre, et qui, suivant les analyses de M. Chevreul (*Considérat. générales sur l'analyse organiq.* Paris, 1824. — Pag. 218), contient une forte proportion d'albumine. A ce qu'assurent quelques observateurs, et comme il me semble l'avoir vu moi-même, la consistance du tissu cellulo-adipeux serait en elle-même, et indépendamment de l'infiltration séreuse, plus compacte qu'à l'état normal, et aurait véritablement quelque chose de lardacé ; pour tout dire, en un mot, elle m'a paru être, en pareil cas, telle que nous la trouvons dans les environs d'une angioleucite ou d'une phlébite. De plus, le microscope a révélé à M. Gluge (1126) la présence d'une certaine quantité de globules sanguins dans la sérosité de l'induration cellulaire.

1132. *Complications.* — Divers observateurs, généralisant avec trop de légèreté et d'assurance ce que le hasard leur avait fait voir dans le cours de leur pratique particulière, ont tour à tour signalé l'hyperémie encéphalique, l'encéphalite, l'hydrocéphale, l'œdème de la glotte, la persistance du trou de Botal ou du canal artériel, la gastro-entérite, le défaut de longueur du tube intestinal, etc., comme l'accompagnement ordinaire ou même comme la condition pathologique de l'induration cellulaire des nouveau-nés.

Une complication que tous les observateurs s'accordent à reconnaître comme étant à peu près constante, la seule qui soit véritablement digne de remarque par sa constance et par son importance, c'est la pneumonie. Des malheureux enfans qui succombent avec une induration cellulaire, il n'en est peut-être pas un dont les poumons soient sains et non hépatisés.

Ai-je besoin de mentionner expressément la coïncidence de l'induration cellulaire des nouveau-nés avec l'ictère, cette affection insignifiante, ou plutôt cette phase physiologique qui est une des conditions les plus constantes des premiers jours de la vie extra-utérine ?

1133. *Un mot sur la nature de l'induration cellulaire des nouveau-nés.* — Quelques pathologistes, parmi ceux surtout qui n'ont pas pour s'éclairer la ressource des autopsies, n'ont vu là rien autre chose qu'une sorte de congélation, un effet simplement dû à l'action physique du froid extérieur sur un corps où les forces vitales n'ont plus l'énergie nécessaire pour soutenir la lutte. D'autres, avec bien plus de fondement et dans un système bien plus conforme aux données nécroscopiques, ont considéré l'induration comme un état purement œdémateux, imputable, selon la plupart, à telle ou telle gêne de la circulation, et, selon M. Charcellay, de Tours, à la néphrite albumineuse. D'autres, enfin, et je suis de ce nombre, pensent qu'il y a là un état subinflammatoire du tissu cellulaire; que l'infiltration séreuse n'est là qu'à titre d'effet naturel du travail phlegmasique (279. B.); en un mot, que l'induration cellulaire des nouveau-nés doit être rapprochée, ainsi M. Alard le veut-il, de l'éléphantiasis des Arabes, qui peut aussi, on le sait, être envisagé, avec beaucoup de raison, comme le résultat d'une sorte de phlegmon subinflammatoire (701). A ce compte, entre l'induration cellulaire des nouveau-nés et l'éléphantiasis des Arabes, il n'y aurait pas d'autre différence fondamentale que celle de la forme aiguë à la forme chronique d'un mal de même nature. Ce qui me paraît surtout militer avec force en faveur de la thèse que j'embrasse relativement à la nature inflammatoire de l'induration cellulaire des nouveau-nés, c'est la fréquente coexistence d'un état érysipélateux ou érythémateux de la peau, c'est l'augmentation de consistance des lames mêmes du tissu

cellulaire, c'est la constatation microscopique des globules sanguins dans la sérosité infiltrée au sein de ce tissu. Non pas, certes, après tout, que je prétende imposer à nos lecteurs cette opinion comme un dogme inébranlable. Si j'avais eu à cet égard une conviction complète, si aucun doute ne m'était resté dans l'esprit, ce n'est pas au présent chapitre que j'aurais renvoyé la maladie dont il s'agit : mais je l'aurais classée résolument dans la famille des inflammations.

1134. *Étiologie.* — A. Les enfans nés avant terme, les jumeaux, les nouveau-nés qui, bien que venus à terme, ont un corps grêle et chétif, ceux qui doivent le jour à des mères vérolées, phthisiques, ou atteintes d'une cachexie quelconque, voilà les êtres malheureux qui sont plus particulièrement sujets à l'induration cellulaire. C'est surtout dans les grands hospices d'enfans-trouvés qu'on voit régner cette affection, principalement en hiver et en automne. Voilà pour le compte des causes prédisposantes.

B. La cause occasionnelle vraiment impossible à méconnaître, la seule que tous les observateurs s'accordent à proclamer, c'est le froid. Voilà pourquoi l'induration cellulaire se montre si fréquemment parmi les enfans-trouvés, toujours plus ou moins soumis aux injures de l'air par le fait même de leur abandon et de leur exposition. Voilà pourquoi elle atteint plus souvent les enfans des classes pauvres que ceux des classes riches et aisées. Dois-je, d'ailleurs, protester de nouveau contre l'opinion de ceux qui ne verraient là rien autre chose qu'un phénomène physique de refroidissement sans une certaine réaction de la vitalité, rien qu'une sorte de congélation ?

C. Dans quelques cas, assure-t-on, l'induration cellulaire était congéniale; son développement avait devancé l'heure de la naissance; il s'était accompli au sein de la vie intra-utérine, et, par conséquent, l'action directe du froid y avait été entièrement étrangère.

D. Il ne faut pas croire, au surplus, que l'induration cellulaire soit une maladie qui appartienne exclusivement à la pathologie des nouveau-nés. Quelquefois, quoique rarement, on l'a vue à une époque plus ou moins avancée de l'enfance, et même dans l'âge adulte. Ainsi, par exemple, Bard l'a vue chez un enfant de quatre mois, *loc. cit.*, IIe observ., et chez un enfant d'un an, *ibidem*, IIIe observat. (112.); MM. Rilliet et Barthez, chez un enfant de deux ans (112.); Strambio, célèbre médecin de Milan, chez un cultivateur de quarante-huit ans, qui fut guéri par l'usage du calomel à haute dose (voir le *Journ. général de méd.*, t. LXI, pag. 234, etc.).

1135. *Diagnostic.* — Très facile; immédiatement évident, si ce n'est pour les yeux, du moins pour la main qui palpe, n'eût-on jamais vu auravant la maladie.

1136. *Pronostic.* — Je le répète, les nouveau-nés atteints d'induration cellulaire sont en grand danger, et meurent presque tous. Mais enfin on en peut sauver quelques uns, surtout sans doute entre ceux qui n'ont pas de pneumonie, ou dont la pneumonie est légère.

1137. *Thérapeutique.* — Bains chauds (79. C. γ.), avec addition d'une poignée de sauge. Bains de vapeur. Douces frictions sur la peau. Vésicatoires aux jambes ou aux cuisses. Une ou deux cuillerées de vin, d'eau de menthe ou de toute autre eau aromatique. Sirop de quinquina, ou d'écorce d'orange. Voilà les moyens qu'on emploie le plus communément pour ranimer les enfans atteints d'induration cellulaire. Mais, encore un coup, il faut l'avouer, ils ont peu de succès.

Palletta a préconisé, outre les bains chauds et stimulans, l'application de deux ou trois sangsues aux jambes. Par un semblable système de traitement, il obtint, assure-t-il, des résultats extraordinairement heureux, à tel point même qu'on a grand'peine à ne pas les considérer comme fabuleux, comme entachés de quelque inexactitude, de quelque illusion. Le célèbre médecin de Milan nous affirme que, dans le second semestre de 1824, à l'hospice de Sainte-Catherine, sur soixante-deux enfans trouvés qui présentaient l'induration cellulaire et dont quarante étaient nés avant terme, il n'y en eut que trois qui périrent.

Quelques médecins recommandent l'emploi d'un vomitif, soit le sirop d'ipécacuanha, soit même le tartre stibié, dans le but d'exciter chez les petits moribonds une secousse salutaire.

ARTICLE II.

OCCLUSION DU CANAL DIGESTIF.

1138. *Bibliographie.* —SCHURIG.—(*Chylologia*). Cap. VIII, § 35-6. (*De intestini ilei reduplicatione*). — Exemples d'invagination de l'iléon chez l'homme et chez d'autres espèces.

VAN SWIETEN.—(*Comment. in aphor.* 964).—Il y a là une digression fort savante sur les occlusions de l'intestin en général, et sur les invaginations en particulier.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XXXIV, art. 33-5. — Relation d'un cas d'invagination. Remarques générales concernant ce genre d'accident. Coup d'œil sur les autres causes d'occlusion intestinale.

LIEUTAUD.—(*Historia anatomico-med.*) Lib. I, sect. II, art. 25, *Pylorus scirrhosus et callosus*; art. 26, *Pylorus nummo obturatus.* —*Ibidem*, sect. IV, art. 4, *Intestina fœcibus infarcta;* art. 6, *Intestina lumbricis scatentia;* art. 8, *Lapides in intestinis;* art. 9,

Corpora extranea in intestinis; art. 21, *Intestina invicem implicata et accreta;* art. 22, *Intestinorum invaginationes;* art. 25, *Intestinorum constrictio;* art. 26, *Intestina coalitu obturata.*

SAUVAGES. — (*Nosol. meth.*, — class. IX, *Fluxus*, gen. XIV, *Ileus*). — Sp. 2, *Ileus à fœcibus induratis;* — sp. 4, *Ileus ab intestino compresso;* — sp. 7, *I. volvulus* (c'est l'iléus par suite d'invagination); — sp. 10, *I. calculosus;* — sp. 11, *I. à callosâ coli stricturâ;* — sp. 12, *I. verminosus;* — sp. 14, *I. imperforatorum* (I. des nouveau-nés dont l'anus est imperforé).

HÉVIN. *Recherches historiques sur la gastrotomie, ou l'ouverture du bas-ventre dans le cas du* volvulus, *ou de l'intussusception d'un intestin.* (Dans les *Mém. de l'Ac. roy. de chir.*, in-4°. — T. IV, p. 201-42).

MAJAULT. *Lettre.... sur un fait très singulier.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, déc. 1756). — Il s'agit d'un cas d'invagination où le cœcum et une portion du colon furent expulsés par l'anus; le cours des matières se rétablit, et la mort n'arriva qu'au bout de quelques jours.

ALEX. MONRO (le père). *Observation sur une portion considérable d'intestin rendue par les selles.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, juillet 1758).

GUÉRIN. *Observation singulière sur une portion d'intestin entier, dans tout son contour, de plus de quatorze pouces de longueur, rendue par le fondement.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, juin 1765).

SALGUES. *Observation sur la guérison complète d'un cœcum gangrené, rendu par la voie des selles.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, décembre 1771).

FAGES. *Observation sur une espèce particulière de hernie interne, avec des remarques sur l'opération de la gastrotomie dans les étranglemens intérieurs.* (Dans le *Journ. génér. de méd.*, t. VII, p. 34).

CAYOL. *Mémoire sur une terminaison particulière de la gangrène dans les hernies* (Terminaison salutaire, par élimination de l'anse étranglée et invaginée). — A la suite de sa traduction du *Traité pratique des hernies*, de Scarpa. Paris, 1812, in-8°.

MONFALCON. — (Dans le *Dict. des sc. méd.*, t. XXIII). — Art. *Iléus*, — p. 557-72 (*De l'oblitération du canal intestinal par une cause interne*).

LEGOUPIL. *Observation d'une expulsion par l'anus du bout inférieur de l'iléon, du cœcum entier, et du commencement du colon ascendant* (*en tout de quatorze à quinze pouces d'intestin*), *chez un enfant*

mâle de quatre ans et demi. (Dans le *Journ. gén. de méd.*, octobre 1820).

ANDRAL. *Étranglement interne :* observation recueillie à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Chomel. (Dans le *Nouveau journ. de méd.*, septembre 1822).

RAYER. *Cas mortel d'entérite et de péritonite, déterminé par un diverticule de l'iléon.* (Dans les *Archives*, mai 1824).

DANCE. *Mémoire sur les invaginations morbides des intestins.* (Dans le *Répertoire général d'anat. et de physiol. path.*, t. I, p. 441 et suiv.)

SCHAEFER. *Cas de scission du canal intestinal en plusieurs portions, par vice primitif de conformation.* (Dans le *Journ. complémentaire du Dict. des sc. méd.*, année 1826, p. 58-66).

LEROY (d'Etiolles). *Sur l'emploi du galvanisme dans les hernies étranglées et les étranglemens internes.* Dans le *Recueil* déjà cité (680) ; et dans le journal des *Archives*, octobre 1826.

BIETT. *Observation sur une oblitération du tube digestif, et sur une tumeur anévrismale de la pointe du cœur.* (Dans le *Journ. génér. de méd.*, janvier 1827). — C'est l'histoire de la maladie et de l'autopsie du célèbre tragédien Talma. — Rétrécissement intestinal en haut du rectum : le diamètre de la portion rétrécie était celui d'une plume à écrire ; les parois en étaient transformées en une substance cellulo-fibreuse.

ROSTAN. *Cas d'étranglement interne de l'intestin, qui a pu en imposer pour un empoisonnement.* (Dans les *Archives*, mars 1829). — Le sujet de cette observation est Melle Hullin, femme Saint-Eloy, danseuse à l'Opéra, âgée de 28 ans, qui périt si malheureusement de mort rapide, en deux jours à peine, avec les symptômes de l'iléus : son mari, calomnieusement accusé par la rumeur publique d'avoir commis le crime d'empoisonnement, sollicita lui-même une exhumation juridique : MM. Orfila et Rostan constatèrent que le colon ascendant se trouvait étranglé par un des appendices graisseux du mésocolon. A cette occasion, M. Rostan mentionne deux autres faits d'étranglement interne qu'il a observés : 1° un étranglement produit par l'appendice vermiforme qui avait contracté, par son extrémité libre, une adhérence avec le rectum, et formait ainsi une arcade où s'était engagé et entortillé un paquet d'anses intestinales ; 2° un autre étranglement, produit par une trompe utérine, dont le pavillon, au lieu de flotter en liberté dans l'abdomen, était devenu adhérent et fixe.

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) — Livraison XII, planche v, fig. 1,

Étranglement interne par une bride circulaire formée par un appendice épiploïque (c'est le cas de la demoiselle Hullin). —Livraison XXI, planche VI, fig. 4, *Invagination de la fin de l'intestin grêle et de l'appendice vermiculaire dans le cœcum et le colon ascendant*, *et du cœcum et du colon ascendant dans le colon transverse; — mode chronique des accidens; — péritonite; — gangrène de l'intestin grêle.* (Observation recueillie et communiquée par M. Grisolle). —Livraison XXII, planche IV, V et VI (Histoire d'un cas d'invagination de la partie supérieure du jéjunum. — Considérations générales sur les invaginations).

BÉGIN. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. X, p. 497-501). — Article *Invagination.*

DUPARCQUE. *Observation sur une oblitération de l'intestin grêle chez un nouveau-né.* (Dans *Transactions médicales*, juillet 1833).

GASTÉ. *Mémoire sur le volvulus*, *avec expulsion d'intestin* : lu à l'Académie royale de médec., séance du 16 juillet 1839. (Dans le *Bulletin de l'Acad.*, t. III, p. 1073 et suiv.) —C'est tout simplement la relation, d'ailleurs fort bien faite et fort intéressante, d'un cas particulier (*Rougeole suivie d'invagination intestinale*, *de vomissemens de matières fécales pendant plusieurs jours*, *et de l'expulsion par l'anus de* 53 *centimètres d'iléon*), — cas observé chez un soldat robuste de 26 ans, qui sembla entrer en voie de guérison, et vécut près de six mois depuis l'élimination de l'intestin invaginé, et ne mourut, selon toute apparence, que par suite de son indocilité et de ses erreurs de régime.

ROKITANSKY (professeur à Vienne). *Sur les étranglemens internes des intestins.* (Traduit de l'allemand. — Dans les *Archives*, juin 1837).

PUCHELT. — Livre déjà cité (982). — § V, n. 2, *Canalis intest. interceptus* (en tant que vice de conformation congéniale); — § X, *Intestinorum intussusceptio;*— § XIII, *Strangulatio intestinorum interna;* — § XXIX, *Angustatio et obliteratio tubi intestinalis;* — § XLIX-LIII, *De alvo clausâ* (par rétention du méconium, par engouement fécal, par corps étrangers, par calculs intestinaux, etc.); — § LIV-LIX, *De ileo.*

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. V). — Article *Intestin* (*Maladies de l'*). — Pag. 422-9 (*Invagination*);—p. 430-7 (*Obstacle au cours des matières intestinales*); — p. 445-7 (*Rétrécissement*).

PIORRY. — *Tr. de méd. prat.*, t. V). — § 7407-7490 (Rétrécissement du tube digestif).

VALLEIX. — (*Guide du méd. praticien.* — t. V). Chap. VI, art. XI, *Invagination.*

MICHEL LÉVY. *Observation sur une nouvelle forme d'étranglement, dite par nœud intestinal.* (Dans *Gaz. méd.*, année 1845, n° 9). — Voir la descriptiou anatomique de cette nouvelle forme d'étranglement, ci-après (1144. C. ζ.). — Cet étranglement s'était, à ce qu'il paraît, subitement formé, chez un garde municipal en pleine santé, par suite d'une longue marche au pas de course après un repas copieux et pris à la hâte. « Les alimens non chymifiés ont » passé à la surface de la portion supérieure de l'intestin grêle sans » provoquer de sa part aucune action physiologique, la portion » inférieure s'était violemment contractée pour l'expulsion de ces » corps étrangers, et c'est cette portion qui a fait les frais de » l'étranglement. »

1139. *Remarques générales.* — On peut et on doit naturellement dire qu'il y a occlusion du canal digestif, toutes les fois que, de façon ou d'autre, soit à l'une des extrémités, soit dans une partie quelconque de ce canal, la voie n'est point libre et ouverte comme il faut, mais, au contraire, interceptée complétement ou à peu près. Je dis interceptée complétement ou à peu près; car supposons, par exemple, et cette supposition est quelquefois un fait réel, supposons que le pylore soit, non pas absolument oblitéré, non pas pour ainsi dire anatomiquement annihilé, mais rétréci à l'excès, rétréci jusqu'à ne pouvoir plus admettre qu'à grand'peine un tuyau de plume, une bougie urinaire n° 1, ou quelque chose de plus menu encore : en pareille circonstance, les conséquences morbides, il est facile de le prévoir, seront précisément les mêmes que si l'occlusion était complète.

La nosographie doit reconnaître et consacrer autant d'espèces d'occlusion du canal digestif qu'il y a, dans ledit canal, de siéges ou départemens principaux dont l'occlusion puisse avoir et produire des apparences symptomatiques vraiment à part et de nature essentiellement distincte. Du reste, d'après les seules données de la physiologie et avant les enseignemens de l'expérience clinique et nécroscopique, il est facile de prévoir les caractères fondamentaux de chacune de ces diverses espèces d'occlusion, comme de comprendre la mort plus ou moins rapide, mais assurément inévitable, que toutes entraînent, à moins que l'art ou la nature ne trouve moyen, ce qui est malheureusement trop rare, de rouvrir la voie ordinaire, ou d'en créer une nouvelle qui puisse y suppléer plus ou moins efficacement.

Quoi qu'il en soit, ma tâche n'est pas d'examiner ici en particulier

toutes les espèces d'occlusion du canal digestif. C'est à la *Pathologie chirurgicale* qu'il appartient spécialement d'étudier les imperforations congéniales de la bouche et de l'anus, les occlusions acquises 97. A. 6) du rectum, et tous les étranglemens herniaires. Quant à ce qui concerne les occlusions de l'œsophage, soit rétréci par les effets d'une affection à lui propre, œsophagite (443-4), ou cancer, etc., soit comprimé par quelque tumeur adjacente, goître, engorgement ganglionnaire, anévrisme de l'aorte, etc., rien de plus simple à concevoir que les symptômes et les résultats meurtriers de ces occlusions-là; et si, en pareille circonstance, l'art peut encore venir en aide au malheureux que l'impossibilité d'avaler condamne à une mort des plus cruelles et des plus horribles, si la vie peut encore être sauvée ou du moins prolongée, c'est par l'intervention de la sonde œsophagienne, c'est par l'emploi de moyens dilatateurs, toutes pratiques essentiellement chirurgicales et dont mon collaborateur ne manquera pas, en temps et lieu, de signaler l'opportunité et de tracer les règles. L'occlusion du cardia, cette occlusion dont j'ai déjà indiqué le cas le plus ordinaire en exposant l'histoire du cancer de l'estomac (839. E. 6), n'est après tout, au point de vue qui nous occupe ici, — sous quelque rapport que ce soit, anatomique, symptomatologique ou thérapeutique, — rien qu'une variété d'occlusion de l'œsophage. Donc, en définitive et tout compte fait, il ne me paraît à propos de considérer ici en particulier que les deux espèces qui suivent: 1° l'occlusion pylorique, à l'égard de laquelle je n'ai pourtant que peu de mots à dire; 2° l'occlusion intestinale cis rectale non herniaire, dont l'étude ne laisse pas que d'être assez compliquée et réclamera plus de développemens que celle de l'occlusion pylorique.

Encore une remarque, avant de passer outre. Quoique l'occlusion de telle ou telle partie du canal digestif puisse être le fait de plusieurs vices organiques très différens les uns des autres, on n'en est pas moins très bien fondé à la poser, en nosographie, comme une espèce de maladie à part, qui a ses symptômes et pour ainsi dire sa physionomie propre, voire même ce qu'on peut appeler son caractère anatomique dans la plus rigoureuse exactitude du terme, et porte avec elle, si tant est qu'une chance de guérison subsiste et luise encore, certaines indications bien déterminées. Il en est de cela comme de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, cette maladie reconnue et décrite à part dans ces dernières années avec tant de raison, bien que ce soient des altérations élémentaires toutes différentes qui chez différens malades aboutissent à constituer l'insuffisance valvulaire.

§ I. De l'Occlusion pylorique.

1140. *Bref aperçu.* — Déjà, bien des pages plus haut, nous avons rencontré le cas le plus ordinaire de l'occlusion pylorique, le cas où cette occlusion est due à l'hétérotrophie cancéreuse (839. E. α.); et nous en avons reconnu les symptômes principaux, les symptômes les plus caractéristiques, c'est à savoir 1° les vomissemens survenant infailliblement quelques heures après le repas, 2° le bruit de gargouillement stomacal qui se produit sous une main habile à palper l'abdomen, et qui révèle une dilatation extraordinaire de l'estomac.

Mais le cancer n'est pas la seule condition en vertu de laquelle le pylore puisse se trouver clos, et les mêmes symptômes, par conséquent, se manifester et préluder plus ou moins longtemps au dénouement mortel. Il se peut, par exemple, que le pylore se rétrécisse à l'excès ou même s'oblitère entièrement par l'effet d'une ulcération simple de la membrane muqueuse, comme aussi par l'effet de l'hypertrophie et de l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux. Il se peut qu'un corps étranger, qu'une pièce de monnaie malheureusement avalée, comme dans le cas rapporté par Lieutaud d'après Kerckring (1138), se place et s'enchatonne de manière à obturer le pylore. Il se peut, enfin, que l'occlusion plus ou moins complète du pylore soit le fait d'une compression exercée par quelque tumeur adjacente. Ce sont là, au surplus, il faut le dire, des cas extrêmement rares.

Ce qui est bien digne de remarque, c'est que l'occlusion pylorique peut ainsi s'établir sans entraîner chez tous les sujets, tant s'en faut, une mort immédiate ou prompte. On voit quelquefois la vie se maintenir assez longtemps malgré les vomissemens qui suivent de près chaque repas. C'est là, soit dit en passant, un des argumens les plus péremptoires contre cette doctrine physiologique, jadis dominante, qui attribuait exclusivement aux vaisseaux chylifères proprement dits, à ce système lymphatique de l'intestin grêle, la fonction d'absorber les matériaux utiles et assimilables des alimens. Le cas qui occupe ici notre attention prouve clairement, irrésistiblement, que l'absorption nutritive se fait aussi dans l'estomac. Voilà pourquoi l'homme peut vivre encore un certain temps tout en se trouvant réduit à la condition de ces animaux inférieurs dont le tube digestif n'a qu'une seule et unique ouverture, faite pour remplir tout à la fois le rôle de bouche et d'anus, pour servir tout à la fois à l'ingestion des alimens et à l'expulsion de leur résidu.

L'occlusion pylorique s'est montrée quelquefois, mais très rarement, comme un vice congénial, comme une des nombreuses anomalies de l'organisation du fœtus. En pareille occurrence, les nouveau-nés ne cessent de vomir tout le lait qu'ils tettent : ils meurent au bout de

quelques jours. Ce sont là, véritablement, des enfans non viables. C'est ce que l'autopsie met hors de doute, eussent-ils toutes les apparences extérieures d'une bonne conformation et de la viabilité.

§ II. De l'Occlusion intestinale cis-rectale non herniaire.

1141. *Coup d'œil sommaire.* — Indépendamment des étranglemens herniaires, dont l'étude revient de plein droit à la tâche de mon collaborateur, bien des conditions différentes peuvent encore constituer une occlusion plus ou moins complète, soit de l'intestin grêle, soit du cœcum ou du colon. Tantôt c'est le cancer, cas sur lequel nous avons déjà fixé notre attention (846. C.). Tantôt, c'est une obturation produite par un amas de matières fécales ou par une agglomération d'ascarides, deux causes d'occlusion intestinale sur lesquelles j'aurai à revenir, lorsque dans la suite de mon ouvrage, dans les développemens ultérieurs de mon plan nosographique, je serai conduit à tracer l'histoire particulière de la constipation et celle des maladies dites vermineuses. D'autres fois, l'occlusion intestinale consiste en un vice de conformation congéniale, ou bien en une invagination, ou bien en un étranglement interne : trois variétés à chacune desquelles je crois bon de consacrer ci-après quelques mots en particulier (1142-4). Enfin, d'autres fois encore, l'occlusion peut être due aux corps étrangers de toute sorte, ou bien aux tumeurs les plus diverses, les unes nées dans l'intestin même et parvenues à en obstruer la cavité, les autres développées dans le voisinage et n'interceptant la voie intestinale que par compression.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, l'occlusion intestinale, une fois établie, se manifeste par les mêmes symptômes. Ce sont les symptômes caractéristiques de ce qu'on nomme l'iléus, constipation absolue et vomissemens stercoraux, avec ou sans accompagnement de symptômes accessoires plus ou moins propres à accuser, pour surcroît de mal, l'existence d'une entérite phlegmoneuse (468). Puis, la mort est le dénouement ordinaire de ce drame cruel et hideux.

Tantôt la maladie éclate tout-à-coup, les symptômes d'occlusion confirmée surviennent d'emblée et sans signes avant-coureurs. Tantôt, au contraire, on voit, plus ou moins longtemps d'avance, apparaître certains symptômes qui tiennent au rétrécissement progressif de la voie intestinale : rareté et difficulté de l'exonération alvine, formation de scybales plus ou moins manifestement appréciables en dedans du ventre, amertume de la bouche, inappétence, météorisme, tympanite, éructations fréquentes, etc.

En tout cas, — ai-je besoin de le remarquer? — les vomissemens stercoraux ne se déclarent guère qu'après avoir été devancés, ne fût-ce que

d'une heure ou deux, par des vomissemens de matières alimentaires, chymeuses, bilieuses ou glaireuses. A quoi bon insister sur l'effroi dont les malades sont aussitôt saisis? A quoi bon insister sur la prostration subite des forces en pareille circonstance? Toutefois les facultés intellectuelles ne se troublent d'ordinaire que dans les derniers jours ou même les dernières heures de la vie : le délire ou le coma, avec la cessation des vomissemens, avec la face hippocratique, avec le refroidissement du corps et l'extrême petitesse du pouls, voilà ce qui annonce les approches de la mort.

A l'autopsie, quelle que soit la nature de l'obstacle qui constitue l'occlusion, quelles que soient les altérations, inflammatoires ou autres, des tissus dont l'intestin est composé, il y a une particularité constante et que je crois bon de noter expressément, encore bien qu'elle soit des plus faciles à prévoir et à comprendre : c'est que la portion d'intestin située au-dessus, ou, si l'on aime mieux, en-deçà de l'occlusion, se trouve dilatée, tandis que la portion opposée présente un état plus ou moins remarquable de resserrement.

Sur le vivant, il faut l'avouer, les conditions particulières qui constituent l'occlusion intestinale nous demeurent trop souvent inconnues; trop souvent sont-elles inaccessibles au diagnostic des praticiens les plus consommés et les plus sagaces. Quelquefois, pourtant, à l'aide d'une connaissance complète des antécédens, comme aussi à l'aide d'un examen attentif de toutes les circonstances présentes, — en constatant, par exemple, que telle région de l'abdomen se montre particulièrement douloureuse à la pression, présente certains phénomènes de résistance, contient une tumeur douée de caractères déterminés, etc., — on peut s'élever à quelque chose de plus précis que le simple diagnostic d'une occlusion quelconque; on peut accuser avec plus ou moins de vraisemblance, et parfois, je n'hésite pas à le dire, avec certitude, une occlusion cancéreuse, une occlusion purement stercorale, un étranglement interne, une invagination, etc. Je m'abstiens, au surplus, de m'engager dans la discussion d'un diagnostic comparatif qui exigerait des développemens considérables, vraiment incompatibles avec les bornes matérielles et avec l'esprit élémentaire de notre livre.

En présence des terribles symptômes de l'occlusion intestinale, à leur seul aspect, — et, comme c'est la règle ordinaire, à défaut d'un diagnostic précis qui saisisse, dans le cas donné, les conditions spéciales du mal, — que faire? à quels remèdes avoir recours? Force est bien, par malheur, de procéder à tâtons, d'agir au hasard, d'oser quelque chose d'aventureux, plutôt que de demeurer inactif devant une si affreuse scène de mort imminente. Purgatifs pour tenter de rouvrir, coûte que coûte, la voie interceptée; ingestion du mercure métallique en masse

(132. C. δ) ; application de la glace sur le ventre; lavemens d'eau à 0°; électrisation du tube digestif par un courant galvanique établi de la bouche à l'anus, etc., etc. : tout, en vérité, est permis. Vains et stériles efforts, du moins, hélas! pour la plupart du temps! disons même, presque toujours. Mais enfin, quelquefois, par une rare exception, ils ont rencontré le succès.

1142. *De l'occlusion congéniale, en particulier.* — Quand on a signalé l'imperforation de l'anus, l'imperfection ou la complète absence du rectum, tout n'est pas encore dit sur l'occlusion congéniale de l'intestin. Le duodenum, le jejunum, l'iléon, le cœcum ou le colon peuvent être aussi le siége d'un pareil vice de conformation, — soit que la continuité du canal se trouve interceptée par une membrane transversale, — soit qu'une anse intestinale ait la structure d'un cordon plein, tout-à-fait imperforé, ou bien, du moins, un état de rétrécissement excessif, — soit, encore, qu'une partie de l'intestin aboutisse à un cul-de-sac entièrement à part et sans rapport avec les autres parties, anomalie si étrange et si remarquable dont Schæfer a consigné, dans les archives de la science, une observation très minutieusement recueillie (1138). L'enfant qui naît avec une de ces occlusions congéniales de l'intérieur du tube intestinal peut présenter de prime abord toutes les apparences de la viabilité et même de la plus brillante vigueur, téter avec avidité et avec force, rendre son méconium, etc.; mais il ne manque point de vomir le lait qu'il a bu, il le rend plus ou moins altéré, suivant le plus ou moins de temps qui s'écoule entre l'ingestion et les vomissemens; une fois le méconium expulsé, il n'y a plus d'évacuations alvines; la mort ne tarde pas de survenir, tout au plus se fait-elle attendre une vingtaine de jours. Le diagnostic, en pareille circonstance, se fonde avec une certaine probabilité, sur la réunion des trois signes que voici : 1° constante répétition des vomissemens; 2° constipation rebelle aux purgatifs; 3° intégrité de l'anus et du rectum. Le pronostic est mortel. On ne saurait faire que de la médecine palliative et symptomatique.

1143. *De l'occlusion par invagination.* — (*Intestinorum intussusceptio*, chez les vieux auteurs. — *Volvulus*, de Sauvages et de beaucoup d'autres pathologistes : peut-être à tort, et, ce qu'il y a de sûr, par détournement et restriction du sens primitif que la latinité médicale de l'ère moderne, en créant ce terme, y avait naturellement attaché, sens tout-à-fait équivalent à la signification générale que le mot *ileus*, d'origine grecque, possédait et possède encore; *volvulus* est, en effet, un dérivé du verbe *volvere*, en parfaite conformité avec la supposition étymologique, émise par Arétée, Περὶ αἰτ. καὶ σημ. ὀξ. παθ. B. ϛ, et depuis universellement reçue, qui fait dériver Εἰλεὸς, ou Εἰλεός, de Εἰλέω, je roule ou j'entortille, — comme si les symptômes de l'iléus étaient tou-

jours dus à l'enroulement ou entortillement de l'intestin. — Entérélésie invaginée, d'Alibert, *Nosol. nat.*, famille II, *Entéroses*, genre IV, esp. 1re). — A. L'invagination consiste en ce qu'une portion d'intestin, renversée sur elle-même comme un doigt de gant qu'on retourne, s'engage et s'enfonce dans la portion voisine, soit par en haut, soit par en bas : ce qui constitue nécessairement un certain degré de raccourcissement et de rétrécissement du tube intestinal, et ce qui peut quelquefois, on le conçoit der este, amener une véritable occlusion.

B. Tant qu'une invagination est encore toute récente, n'intéresse qu'une très courte portion d'intestin, et laisse la voie ouverte, il n'en résulte point de maladie : voilà pourquoi, sur le cadavre, il n'est pas rare de rencontrer, dans l'intestin grêle, des invaginations de fort peu d'étendue, et, sans doute, de fraîche date, qui sont faciles à dégager et à effacer par les tractions les plus légères et qui n'ont occasionné, du vivant de la personne, aucun symptôme particulier. Mais il n'en est pas de même lorsque l'invagination persiste longtemps et que, surtout, la portion d'intestin qui se trouve invaginée est d'une longueur tant soit peu considérable. Alors, en effet, le mal ne reste pas borné à un simple rétrécissement de la voie intestinale, mais les surfaces soit séreuses soit muqueuses que l'invagination met et maintient en contact contre nature finissent par s'enflammer; les matières chymeuses, bilieuses ou stercorales qui s'arrêtent et s'amassent contre le rebord saillant et dans le cul-de-sac de l'invagination, deviennent là une cause infaillible d'irritation et de compression. D'où, tôt ou tard, une entérite phlegmoneuse, à laquelle la portion invaginante et la portion invaginée prennent part toutes deux. D'où, une boursouflure intérieure qui ne laisse aux matières qu'un trop étroit passage. D'où, un engouement plus ou moins prompt à se produire et à parfaire définitivement l'occlusion. D'où, en outre, quelquefois du moins, le manifeste développement d'une tumeur douloureuse et circonscrite, tumeur plus ou moins aisément appréciable à la palpation selon son plus ou moins de volume, sa situation plus ou moins profonde, et le plus ou moins d'embonpoint et de météorisme, tumeur susceptible de changer de place de temps en temps. Chez quelques sujets, l'occlusion ne s'établit qu'après avoir été précédée, durant un laps de plusieurs semaines, voire même de plusieurs mois, par les symptômes de l'entérite, la rareté et la difficulté des exonérations stercorales, et l'apparition de la tumeur dont je viens de parler. Chez d'autres, l'ensemble de symptômes cruels et terribles qui révèlent une occlusion confirmée se montrent tout-à-coup et inopinément. Quoi qu'il en soit, en règle générale, la mort est le dénouement de la maladie qui nous occupe ici. Les malades ne résistent pas longtemps aux coups de l'iléus, sans compter que, bien des fois, la gangrène peut se mettre

aussi de la partie, perforer l'intestin, et, partant, déterminer pour triple surcroît de mal une péritonite suraiguë (575. D. γ.) Pourtant il se peut faire, dans certains cas merveilleusement heureux, mais bien rares, que la gangrène soit précisément une source de salut : c'est lorsqu'elle opère la séparation de l'anse invaginée, tandis que l'anse supérieure et l'anse inférieure, réunies solidement l'une à l'autre par les adhérences que l'inflammation a produites (291), rétablissent la continuité du canal, devenu plus court sans doute, mais rouvert désormais au cours naturel des matières chymeuses et stercorales ; l'anse d'intestin que la gangrène a isolée ne tarde pas à être rejetée par l'anus, avec une abondante débâcle d'exonération alvine ; et de ce moment date, pour le malade, une nouvelle ère, une ère de résurrection.

C. Le jejunum et l'iléon sont les intestins qui forment, la plupart du temps, les invaginations. On a vu le duodenum invaginé dans le jejunum, mais c'est un cas très rare. Ce qui est moins rare, c'est l'invagination du cœcum dans le colon, ou celle d'une portion du colon dans une autre portion de ce même intestin. Il se peut fort bien, et maints observateurs l'attestent, qu'un individu ait à la fois plusieurs invaginations, formées en divers endroits du tube intestinal. Le plus ordinairement, l'invagination d'une anse d'intestin a lieu dans ce qu'on est convenu de nommer l'anse inférieure : cependant elle peut aussi avoir lieu en sens inverse, suivant du moins les témoignages les plus graves ; et même, par exemple, Fabrice de Hilden a vu l'invagination du cœcum dans l'iléon, le cœcum étant là, comme de raison, tout resserré sur lui-même et tout rapetissé (*Observ. chir.* Cent. I, obs. LXI). Bien plus, à ce qu'assurent certains observateurs, il s'est quelquefois trouvé que, chez un seul et même sujet qui présentait plusieurs invaginations, l'une allait de bas en haut, et l'autre de haut en bas. D'après le cas remarquable dont M. Grisolle a recueilli l'observation (1138), M. Cruveilhier s'est cru en droit de conclure (*loc. cit.*) « que la valvule iléo-cœcale est » une barrière que l'intestin grêle invaginé ne saurait franchir, en sorte » que, dans le cas d'invagination de la fin de l'intestin grêle, cette fin » d'intestin grêle s'enfonce dans le cœcum et le colon ascendant, mais » sans pouvoir pénétrer à travers la valvule iléo-cœcale ; » et ensuite, » que si une invagination occupait la fin de l'intestin grêle, et si la cause » qui produit l'invagination continuait à agir, cette invagination ne pou- » vant franchir la valvule iléo-cœcale, la masse invaginée pourrait s'in- » vaginer encore dans le gros intestin renversé, en sorte qu'il y aurait » deux invaginations complètes l'une dans l'autre. » Il y a du vrai, beaucoup de vrai, dans les réflexions que je viens de rapporter textuellement ; mais le savant auteur, qui donne par là une excellente théorie du cas en question, a eu le tort de trop généraliser cette théorie, de la

poser comme une loi absolue et sans exception. La vérité est que souvent, mais non pas toujours, la valvule iléo-cœcale se montre comme une barrière infranchissable à l'invagination de l'intestin grêle. Les faits sont là pour restreindre dans de justes limites l'explication donnée par M. Cruveilhier. Car, Dance, et d'autres encore, ont observé des cas où l'iléon invaginé avait franchi la valvule, et avait rempli de ses anses retournées sur elles-mêmes tout l'intérieur du cœcum. M. le professeur Puchelt (*loc. cit.*) rapporte même, d'après un observateur allemand du dernier siècle, un cas, peut-être unique, où une anse de l'iléon, invaginée à travers la valvule, se trouvait directement enfoncée et étranglée dans le colon ascendant. Pour terminer maintenant cette courte esquisse de l'histoire anatomique des invaginations, signalons l'existence, bien et dûment constatée par d'habiles anatomo-pathologistes, de ces cas si graves et si complexes dans lesquels deux invaginations se trouvent ensemble l'une dans l'autre; en d'autres termes, étant donnée une première invagination, il se peut faire que l'anse invaginée se renverse encore à rebours et rentre en partie en elle-même, ou qu'au contraire l'anse invaginante se trouve invaginée à son tour dans une autre partie de l'intestin ; chacune de ces manières, après tout, aboutit à composer ce qu'on pourrait précisément appeler un cas d'*invagination redoublée*.

D. Ce qui peut d'abord être considéré comme une condition favorable à la formation des invaginations, ce sont les variations de diamètre auxquelles les diverses parties du tube intestinal se trouvent sujettes, de telle sorte qu'une anse large est toute disposée à recevoir et à engaîner en quelque sorte une anse étroite : voilà pourquoi on a quelque droit, comme certains auteurs l'ont professé, de signaler particulièrement la pneumatose intestinale comme cause prédisposante des invaginations. Puis, en ce qui concerne la cause prochaine qui les produit, il est évident qu'elle gît en contractions extraordinairement violentes de l'intestin : ainsi est-il facile, sur les grenouilles soumises aux vivisections, de voir naître des invaginations, lorsqu'on pique, ou qu'on irrite d'une manière quelconque les intestins de ces animaux. Donc, tout ce qui excite d'une façon excessive et désordonnée le mouvement péristaltique, peut en venir à produire l'invagination : accusons, à ce titre, les entérites, les diarrhées et les vomissemens de tout genre, qui tant de fois, en effet, ont précédé, à ce qu'il semble du moins, la formation des invaginations; accusons même plus particulièrement le choléra, les purgations drastiques, les empoisonnemens par poisons irritans, comme les acides forts et concentrés, les arsenicaux, etc.; accusons aussi les coliques nerveuses, les corps étrangers, et surtout, par exemple, les ascarides lombricoïdes (car maint observateur a constaté la présence de ces helminthes à l'intérieur des anses intestinales qui faisaient partie

d'une invagination). Enfin on a des exemples d'invagination survenue à l'occasion d'un coup violent sur le ventre, ou d'un effort fait pour soulever une masse trop lourde. Meckel père (*Pathol. Anat.*,—II[e] partie, 1[re] sect., p. 325) dit avoir vu une invagination évidemment imputable à un stéatôme qui, développé en saillie à la surface interne de l'intestin, avait, par son poids, entraîné dans une portion inférieure la portion où il était adhérent. Dance (*loc. cit.*) rapporte, d'après l'observation de M. Devilliers, un cas où le même résultat était le fait d'un polype. Incontestablement, au surplus, une fois qu'une portion d'intestin s'est engaînée dans une autre si peu que ce soit, ce premier désordre peut, à lui seul, exciter l'intestin à produire de plus belle d'énergiques contractions, de telle sorte que l'invagination aille s'allongeant de plus en plus : il est même infiniment probable que la plupart du temps les invaginations se forment ainsi peu à peu, et non pas d'emblée et d'un seul jet. Toujours est-il, heureusement, que les invaginations graves, durables, vraiment morbides et capables de constituer une occlusion, sont un accident rare. En somme, les enfans semblent y être plus sujets que les adultes. Il paraîtrait que, dans un cas observé autrefois en Allemagne et cité par M. le professeur Puchelt, cette maladie s'est montrée congéniale.

E. Il est bien difficile, j'allais dire impossible, de reconnaître, sur la personne d'un malade en proie aux tourmens de l'occlusion intestinale, que cette occlusion est due à l'invagination. A peine si, dans certains cas seulement, et par exception, il est permis de soupçonner et de deviner la chose, à l'aide d'une appréciation exacte et minutieuse de tous les antécédens, de toutes les conditions étiologiques, de tous les symptômes. Dance, par exemple, attribue avec raison un haut degré de valeur séméiologique à la présence d'une tumeur dans le flanc gauche, chez un malade dont le flanc droit présente, au contraire, une dépression, un vide dû à ce que le cœcum et le colon ne sont plus là : mais encore un coup, cette circonstance n'existe que dans un très petit nombre de cas; c'est donc un signe tout-à-fait exceptionnel.

F. Lorsqu'après les épouvantables symptômes de l'occlusion intestinale le malade évacue par l'anus une anse d'intestin et recouvre la pleine et entière liberté des exonérations alvines (B), ce n'est pas à dire pour cela que son salut soit dès lors sûr et infaillible. Mais toujours est-il que le pronostic doit changer de face : auparavant, il n'avait guère que la mort en perspective ; dans le nouvel état des choses, au contraire, il est en droit d'annoncer la guérison comme une chance fort probable.

G. Lorsque l'invagination ne se laisse pas même soupçonner, plutôt que toute autre condition d'occlusion intestinale, il est clair que le traitement ne peut que rouler dans les aveugles tâtonnemens auxquels, en

l'absence d'un diagnostic précis, nous avons vu l'art malheureusement condamné (1141). Mais eût-on de fortes raisons de croire à l'existence d'une invagination, que faire alors de préférence ? Nos devanciers recommandaient d'avaler une grande quantité de grains de plomb, ou du mercure métallique en masse. Mais ce moyen, utile peut-être dans le début des invaginations qui se font de bas en haut, ou invaginations ascendantes, est précisément fait pour pousser et allonger les invaginations descendantes, qui sont le cas le plus ordinaire (C). Et puis, d'ailleurs, dans l'un comme dans l'autre cas, il ne manque pas de nuire une fois que l'inflammation se sera développée. Quelques auteurs conseillent de pousser de l'air par la voie de l'anus, à l'aide d'un soufflet, dans l'espérance qu'à force de distendre ainsi l'intestin on réussira à réduire et à effacer l'invagination. Mais a-t-on jamais mis cela en pratique? Et avec quel succès? M. Leroy d'Etiolles (1138) propose d'établir, de la bouche à l'anus, un courant galvanique (par le moyen d'une pile à auge, composée de dix, quinze ou vingt couples de deux *pouces* de diamètre) : je ne vois pas d'inconvénient à essayer d'une semblable ressource. Supposons maintenant un cas où, par hasard, — disons mieux, par un concours de circonstances exceptionnelles, — le diagnostic touche de fort près ou même atteigne à la certitude : pourquoi alors la chirurgie ne pourrait-elle intervenir ? Pourquoi, sûr de l'existence et du siége d'une invagination, le génie du chirurgien n'imaginerait-il pas quelque opération de gastrotomie, si ce n'est pour dégager l'anse invaginée, du moins pour ouvrir un anus contre nature ? Les fastes de l'art nous offrent deux ou trois cas dans lesquels le succès le plus complet aurait, dit-on, couronné une telle conduite. Mais hélas ! quelle infaillible chance de nombreux revers ne voyons-nous pas là? Après tout, néanmoins, mieux vaut ici cette hardiesse aventureuse qu'une inerte expectation, qui n'a plus en perspective que la mort ou un miracle. Quoi qu'il en soit, en définitive, dans tous les cas, la médecine palliative et symptomatique ne laisse pas que d'avoir son rôle et son importance. Ne fût-ce que pour adoucir les horribles angoisses du pauvre moribond, ne manquons pas de prescrire à propos les émolliens, les narcotiques, et, s'il le faut même, les émissions sanguines.

1144. *De l'occlusion par étranglement interne.* — (Entérélésie étranglée d'Alibert, famille II, genre IV, esp. 2, — variété α, Entérél. étrangl. interne. — A. Pareillement à ce qui a lieu dans une hernie étranglée, les intestins peuvent, quelquefois aussi, éprouver, dans la profondeur même de la cavité abdominale, des constrictions qui les pincent et les étreignent pour ainsi dire en cachette, et, pour peu qu'elles persistent, amènent l'entérite phlegmoneuse et un état d'occlu-

sion confirmée. Voilà ce qu'on appelle fort naturellement et à très bon droit un étranglement interne.

B. Inutile de redire ici les symptômes que produisent l'entérite phlegmoneuse (468) et l'occlusion (1141). Inutile d'insister sur la possibilité et la fréquence de la gangrène, et des perforations par où les matières stercorales s'épanchent dans le péritoine. Inutile d'insister sur la léthalité à peu près constante, j'allais dire infaillible, de ces étranglemens internes, avec ou sans complication de gangrène et de péritonite deutéropathique. Mais ce qui est important à noter, c'est que chez beaucoup de sujets, plus ou moins longtemps avant le drame terrible et meurtrier de l'iléus, on observe certains malaises, certaines douleurs, certains accès de hoquet, de vomituritions et de vomissemens, qui nous représentent ce que nous voyons si communément arriver aux personnes atteintes de hernie, et donnent droit de soupçonner, avec un degré plus ou moins fort de présomption, les constrictions passagères de l'intestin. C'est d'ordinaire par suite d'imprudences et de fautes dans le régime du boire et du manger, ou bien immédiatement après un effort quelconque, que se développent les accidens dont il s'agit. La douleur, lors de ses différens retours, occupe la même région, voire le même point de l'abdomen. Puis enfin, un nouvel accès, au lieu de s'apaiser et de guérir comme tous les précédens par le repos et les remèdes, aboutit à l'iléus et à la mort.

C. Les causes anatomiques de l'étranglement interne sont fort variées. Sans compter les cas qui appartiennent véritablement à l'histoire des hernies et qui consistent en ce que les manœuvres du taxis ou même l'opération sanglante n'auront abouti qu'à repousser dans l'intérieur du ventre une hernie étranglée sans la dégager, sans la débrider complétement, cas auxquels, assurément, mon collaborateur accordera une attention toute particulière, — les étranglemens internes proprement dits peuvent être, sous le rapport ici en question, ramenés à six variétés principales que voici :

α. Première variété : *Étranglement interne par une bride anomale.* C'est le cas le plus fréquent de tous. Mais qu'est-ce donc que ces brides anomales qui forment, pour ainsi dire, une sorte d'arcade intrà-abdominale dans laquelle les intestins peuvent s'engager et s'étrangler tout comme dans l'arcade crurale, l'anneau inguinal, etc.? Ce sont, le plus ordinairement, des cordons ou filamens cellulo-fibreux, adhérences ligamenteuses dues sans doute à l'exsudation plastique de quelque travail d'inflammation péritonéale (304. F. G.). D'autres fois, c'est l'appendice vermiforme, dont le sommet est devenu adhérent à un point de l'intestin ou du mésentère, ou bien un appendice anomal de l'intestin, avec les

mêmes conditions d'adhérence, comme dans le cas publié par M. Rayer (1138); ou bien la trompe de Fallope, dont le pavillon a contracté adhérence quelque part, comme, par exemple, dans un cas observé par M. Rostan (1138). D'autres sous-variétés pourraient encore être signalées ici; mais je ne crois pas nécessaire de les énumérer, et je m'arrête.

6. Seconde variété : *Etranglement interne par introduction de l'intestin dans une cavité accessoire de la grande cavité du péritoine.* Soit, par exemple, à travers l'hiatus de Winslow et dans l'arrière-cavité normale; soit dans un de ces culs-de-sac anomaux, quelquefois de très étroite ouverture, qui peuvent dépendre de l'épiploon, du mésentère, ou du péritoine pariétal. C'est à la même variété qu'on peut encore rapporter le fait qu'observa Fages (1138), et où le siége de l'étranglement était au col de la tunique vaginale d'un testicule demeuré en dedans de l'abdomen.

γ. Troisième variété : *Etranglement interne au travers du mésentère ou de l'épiploon.* Consécutivement à la rupture de ces replis péritonéaux.

δ. Quatrième variété : *Étranglement interne par l'effet d'adhérences contre nature de l'épiploon ou de l'intestin.* Ainsi a-t-on vu les adhérences de l'épiploon avec le mésentère, avec le péritoine pariétal, avec le corps de l'utérus, etc., devenir une cause d'étranglement. Ainsi a-t-on vu une anse intestinale, par suite d'adhérence en deux points opposés, former une sorte d'arcade dans laquelle se trouvait étranglée une autre portion d'intestin.

ε. Cinquième variété : *Étranglement interne par entortillement de l'intestin.* Soit qu'une anse intestinale se torde sur elle-même, soit qu'elle s'enroule autour du mésentère ou autour d'une autre anse. M. Andral (1138) a publié une intéressante observation de cette variété-là. « Le jéjunum, à son origine, roulé et contourné plusieurs fois sur » lui-même, était embrassé par le mésentère, qui le tirait fortement à » l'instar d'une corde, et à son tour il comprimait aussi le mésentère. »

ζ. Sixième variété : *Étranglement interne, dit par nœud intestinal.* Ainsi du moins M. Michel Lévy appelle-t-il une nouvelle forme d'étranglement, qu'il a tout récemment observée. Mais laissons-le parler lui-même; car la description anatomique qu'il donne a, je dois le dire, une certaine obscurité, inhérente sans doute à la nature même des choses. Et, bien que je croie l'avoir comprise en la lisant et relisant avec attention, je craindrais, si je l'abrégeais, de n'en plus faire qu'une énigme. « Je » reconnus, en portant la main du côté gauche du mésentère, un anneau » formé par l'intestin lui-même et à travers lequel venaient s'étrangler » plusieurs anses intestinales; l'anneau était placé au-devant de la quatrième vertèbre lombaire et sur son côté droit. L'étranglement est » évidemment produit par un diverticulum intestinal, lequel forme un

» *nœud* embrassant une double anse d'intestin en manière de 8 de chiffre.
» Il est moins aisé de comprendre la manière dont le nœud s'est formé, » et les rapports du diverticulum avec le mésentère, parce qu'il ne reste » de celui-ci qu'une portion très étroite. Plusieurs confrères qui ont » vu la pièce ont pensé que le nœud n'avait pu se faire sans une per- » foration du mésentère. Nous n'avons pas admis cette circonstance, et » M. Parise [1], après avoir étudié, dessiné et décrit la pièce dans dif- » férentes positions, a confirmé notre opinion.

» La portion de l'intestin comprise dans l'étranglement, depuis son » entrée dans l'anneau constricteur jusqu'à sa sortie, a deux mètres au » moins de longueur; elle comprend toute l'extrémité inférieure de » l'iléon, à l'exception des douze derniers centimètres qui tiennent à la » valvule iléo-cœcale ; elle se compose de deux anses à peu près de même » longueur. Appelons *supérieure* la première anse, celle qui se continue » avec le bout supérieur de l'iléon, et *inférieure* celle qui se prolonge » vers le cœcum. Ces deux anses se continuent l'une avec l'autre et sont » réunies par un *nœud*, qui est formé de la manière suivante :

» Au point de réunion des deux anses, vers le milieu de la portion » étranglée, à un mètre environ de la valvule iléo-cœcale, on voit » naître, du bord libre de l'intestin, un diverticulum ou prolongement » long de dix centimètres, formé par toutes les tuniques de l'intestin, » dont il a le calibre lorsqu'il est insufflé, et se terminant en une extré- » mité arrondie; mais il n'a plus cette forme lorsqu'on l'examine en » place. Dilaté à son origine, il se rétrécit à sa partie moyenne en ma- » nière d'un cordon aplati, et se dilate en une ampoule terminale, ar- » rondie, distendue par des gaz, au point d'égaler le volume d'un gros » œuf de poule. Le diverticulum remonte vers le bout supérieur, se » courbe à gauche, embrasse le pédicule de l'anse supérieure, se con- » tourne à droite, reparaît à gauche en s'engageant dans l'angle de » bifurcation qui lui a donné naissance, et se termine par une ampoule » qui presse sur le côté gauche de cette bifurcation.

» D'où l'on voit déjà que l'anse supérieure avec le diverticulum re- » présente un nœud simple dont un des chefs supérieurs formerait une » rosette ou un nœud coulant, et dont le chef inférieur serait terminé » par un autre nœud solide, ou mieux par un tampon destiné à main- » tenir la solidité du nœud coulant. En effet, si, après avoir un peu relâ- » ché le nœud, on tire sur le bout supérieur de l'intestin, on peut » amener toute l'anse intestinale supérieure, défaire le nœud et détruire » l'étranglement. Si, au contraire, on tire sur l'anse tout entière, ou » sur son bout le plus voisin du diverticulum, on l'étreint davantage.

[1] Chef des travaux anatomiques du Val-de-Grâce.

» L'extrémité renflée du diverticulum a donc joué un rôle essentiel dans » l'étranglement; celui-ci eût disparu à l'instant si elle se fût vidée des » matières liquides et gazeuses qui la distendaient.

» Quant à l'anse inférieure, voici sa disposition : l'intestin, après » avoir formé le nœud et fourni le diverticulum, continue à descendre, » décrit une anse d'un mètre de long, revient vers le nœud, qu'il tra- » verse, et va se terminer au cœcum après un trajet de douze centi- » mètres. On ne comprend la formation de cette anse, et son entrée dans » le nœud, qu'en admettant qu'elle avait éprouvé sur son pédicule un » mouvement de rotation de bas en haut et de droite à gauche, en vertu » duquel elle a exécuté un tour complet sur elle-même, entraînant avec » elle le diverticulum avant que celui-ci eût embrassé l'anse supérieure.

» En résumé, l'anse intestinale inférieure, après s'être enroulée sur » elle-même, a saisi, au moyen de son diverticulum, l'anse d'intestin » située immédiatement au-dessus, en décrivant un nœud simple; de » sorte que la constriction porte sur trois points, interceptant deux anses » avec leur double pédicule mésentérique. » Michel Lévy, *loc. cit.* (1138).

D. Rien de plus difficile, quoi qu'en disent certains auteurs, rien de plus aléatoire que le diagnostic de l'étranglement interne. Tout au plus quelquefois, mais rarement, pourrait-on,—en ayant soigneusement égard à tous les antécédens du malade et au mode d'invasion des troubles intestinaux, en bien constatant le rapide développement d'une douleur atroce et d'une tumeur distincte dans un point déterminé de l'abdomen, — avoir la presque certitude qu'il y a là de deux choses l'une, ou un étranglement interne, ou une invagination; et que, par conséquent, l'opération, si l'on s'y décide, doit être dirigée de ce côté.

E. Les purgatifs peuvent-ils quelquefois, par cela même qu'ils excitent les mouvemens péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, réussir à dégager une anse étranglée? On l'a dit. Mais rien n'est moins démontré, surtout pour les cas où l'étranglement est décidément confirmé et amène les symptômes de l'iléus. Disons-en autant du galvanisme, proposé par M. Leroy d'Étiolles. En vérité, je n'ose ni recommander ni interdire, sous forme de thèse générale, la bien cruelle et bien triste ressource de la gastrotomie. C'est au génie du médecin et du chirurgien, dans certaines circonstances particulières, d'arrêter et d'exécuter la détermination qui seule peut offrir encore une faible chance, mais une chance réelle de salut.

ARTICLE III.

CIRRHOSE.

(Laënnec : — de Κιῤῥός, jaune) [1].

1145. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.* IIe partie, IVme sect., chap. 1er, art. 6. — Obs. XXXV, *Pleurés. hémorragiq. du côté gauche avec ascite et maladie organ. du foie.*) — « Le foie, » réduit au tiers de son volume ordinaire, se trouvait pour ainsi » dire caché dans la région qu'il occupe ; sa surface externe, » légèrement mamelonnée et ridée, offrait une teinte grise-jau- » nâtre ; incisé, il paraissait entièrement composé d'une multitude » de petits grains de forme ronde ou ovoïde, dont la grosseur va- » riait depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de » chènevis. Ces grains, faciles à séparer les uns des autres, ne » laissaient entre eux presque aucun intervalle dans lequel on pût » distinguer encore quelque reste du tissu propre du foie ; leur » couleur était fauve ou d'un jaune roux, tirant par endroits sur le » verdâtre ; leur tissu, assez humide, opaque, était flasque au » toucher plutôt que mou, et en pressant les grains entre les doigts, » on n'en écrasait qu'une petite partie ; le reste offrait au tact la » sensation d'un morceau de cuir mou. » — Et puis, en note, au bas de la page : « Cette espèce de production est encore du nom- » bre de celles que l'on confond sous le nom de *squirrhe*. Je crois » devoir la désigner sous le nom de *cirrhose*, à cause de sa couleur. » Son développement dans le foie est une des causes les plus com- » munes de l'ascite, et a cela de particulier qu'à mesure que les » cirrhoses se développent, le tissu du foie est absorbé, qu'il finit » souvent, comme chez ce sujet, par disparaître entièrement ; et » que, *dans* TOUS *les cas, un foie qui contient des cirrhoses perd* » *de son volume* au lieu de s'accroître d'autant. *Cette espèce de* » *production se développe aussi dans d'autres organes*, *et finit* » *par se ramollir comme toutes les productions morbifiques.* » — (*Ibidem*, IIIme partie, sect. IIme, chap. XX. — Observ. XLIX, *Apoplex. pulm. chez un sujet attaqué d'hypertroph. et de dilatat. avec végétat. globuleuses du cœur.*) — « Le foie était comme rata- » tiné, et offrait à sa surface convexe un grand nombre de très » petites bosselures. Son parenchyme contenait une très grande » quantité de petits corps d'un jaune pâle, gros comme des pepins

[1] Ecrire *cyrrhose*, comme le font aujourd'hui bien des médecins, est donc une orthographe injustifiable.

» de pomme, bien séparés les uns des autres, et entre lesquels le » parenchyme de l'organe offrait sa couleur et sa densité ordinaire. » Les plus grosses de ses productions semblaient formées par des » squames qui l'enveloppaient à peu près comme des feuilles de » chou-pomme et de laitue. Le volume du foie, malgré ce grand » nombre de petits corps étrangers développés dans le tissu de ce » viscère, était évidemment moindre que dans l'état naturel. — » Ceci est encore un exemple des *cirrhoses.* »

BOULLAND. *Mémoire sur la cirrhose du foie.* (Dans les *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, t. IX, p. 170 et suiv.). — M. Boulland, le premier, s'éleva contre l'opinion de Laënnec, qui avait vu dans la cirrhose un tissu hétérologue; et il émit cette théorie, à savoir, que la cirrhose consisterait dans l'atrophie d'une des deux substances du parenchyme hépatique, la substance rouge ou vasculaire, d'où, par conséquent, une forme plus saillante et plus visible de la substance blanche ou jaune, qui est celle à laquelle paraît appartenir la sécrétion de la bile.

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — *Maladies du foie et de ses dépendances*). — Chap. Ier, art. 1er, nos 4 et 7; — art. IV, observations XIVe, XVe, XVIe, XVIIe et XVIIIe. — M. Andral regarde la cirrhose comme l'hypertrophie de la substance jaune du foie.

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XII, pl. 1re, *Foie granuleux* (*Cirrhose*). — M. Cruveilhier, appuyé sur la doctrine anatomique qui, dans l'histologie du foie, n'admet la distinction des deux substances que comme une apparence mal interprétée, et ne voit dans la constitution du parenchyme hépatique qu'une réunion homogène de granulations d'une seule et même texture, M. Cruveilhier pensait alors, — le pense-t-il encore aujourd'hui? — que la cirrhose consistait essentiellement dans l'atrophie d'un certain nombre de granulations hépatiques, tandis que les granulations voisines s'hypertrophiaient comme pour suppléer à celles qui s'étaient atrophiées : ce qui, une fois le mal devenu commun à une grande partie des granulations, semble fort bien rendre compte de l'état granuleux, dur et jaunâtre, du parenchyme hépatique.

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. IV, art. *Foie*). — Pag. 94-100 (*Cirrhose*).

A. BECQUEREL. *Recherches anatomico-pathologiques sur la cirrhose du foie.* (Dans les *Archives*, avril et mai 1840). — Travail fondé sur un grand nombre d'observations patiemment recueillies et méthodiquement analysées. Monographie qui, jusqu'à un certain point et sauf quelques réserves, doit faire loi jusqu'à ce que de nouveaux observateurs fassent avancer encore nos connaissances sur

le compte de la cirrhose. — « La cirrhose du foie, » dit M. Becquerel, « est une maladie caractérisée par l'hypertrophie de la sub-» stance jaune du foie. Cette hypertrophie est due à l'infiltration de » cette même substance par une matière plastique, de nature albu-» mino-fibrineuse, qui, d'abord ayant un certain degré de mollesse » (premier degré de cirrhose), perd ensuite une partie de l'eau » qu'elle contenait, se contracte, et, entraînant avec elle la substance » qu'elle infiltre, détermine ainsi l'atrophie et le ratatinement du » foie (deuxième degré). »

PIORRY.—(*Trait. de méd.*,—t. V.) Hist. des *Adénopathies*, chap. XII, *Hépatocirrhosie*.

1146. *Définition descriptive* (29. B). *et remarques préliminaires.* — La cirrhose est un vice de nutrition particulier au foie; et voici, dès qu'elle est bien confirmée, dès qu'elle est parvenue à son état, les apparences physiques qui la caractérisent : le parenchyme hépatique, au lieu de présenter la consistance molle et friable, l'homogène fusion et la coloration rougeâtre du parenchyme normal, se montre transformé en granulations dures, visiblement distinctes quoique soudées ensemble, inégales de grosseur, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de chènevis ou davantage, ayant toutes une couleur jaunâtre diversement nuancée de roux ou de vert selon le cas, et au milieu desquelles à peine apparaissent encore quelques linéamens rougeâtres, quelques traces de vascularisation sanguine.

Autrefois la cirrhose était à peine remarquée : on la confondait dans la vague catégorie de ce qu'on appelait alors *foies tuberculeux* ou *squirrheux*. C'est Laënnec qui, le premier, l'a bien distinguée et bien décrite. Mais il se fit une idée fausse de la nature de ce mal. Il vit là une production hétérologue. Et cette erreur théorique le conduisit à émettre deux erreurs de fait, deux erreurs pour ainsi dire matérielles. 1° Il crut par analogie, et il s'imagina même avoir observé que la cirrhose se développait dans d'autres organes que le foie : ce qui n'est pas, ce qui ne peut pas être. 2° Il admit, pour la cirrhose, comme pour le tubercule, comme pour le squirrhe, etc., une période de ramollissement que personne n'a encore vue et qui ne paraît pas devoir exister.

Une autre erreur de Laënnec, erreur plus naturelle, et, s'il est permis d'ainsi dire, plus légitime que les erreurs qui précèdent, c'est d'avoir affirmé que, dans tous les cas où le foie est atteint de cirrhose, il y a diminution de volume de cet organe. Et cette erreur-là, loin d'être décréditée aujourd'hui comme les deux précédentes, est une erreur régnante. Elle règne non pas seulement, il faut le dire, parce que Laënnec la protège de son grand nom, mais parce qu'elle représente sans con-

tredit l'immense majorité des cas. Je l'ai partagée moi-même; j'aurais placé la cirrhose dans la famille des atrophies, si, l'année dernière, je n'avais rencontré un cas que je relaterai ci-après (1149), et où, contrairement à tout ce que j'avais observé jusque là, j'ai vu un foie passé à l'état de cirrhose et en même temps hypertrophié.

L'observation m'ayant donc démontré que la cirrhose n'entraîne pas constamment l'atrophie du foie, c'est dans le présent chapitre que j'ai dû reléguer l'histoire de cette hétérotrophie hépatique, l'objet de tant d'hypothèses diverses entre lesquelles je ne me crois pas du tout le droit de décider souverainement et en dernier ressort.

1147. *Symptomatologie.* — A. La cirrhose, à son début, et tant qu'elle est peu avancée, est, en général, une affection qui demeure latente dans la plus grande rigueur du terme, n'apporte à la santé aucun trouble apparent, — en un mot, ne produit point de symptômes. Mais tôt ou tard elle finit par amener le développement d'une ascite. Cette existence deutéropathique et symptomatique de l'ascite en cas de cirrhose est un fait dont j'avais dû déjà parler à nos lecteurs (910); et ils n'ont pas sans doute oublié que c'est là une des variétés particulièrement signalées entre les ascites qui doivent leur origine à la gêne de la circulation du système de la veine porte. Telle est, de l'aveu unanime des pathologistes de notre époque, la manière dont il faut expliquer la corrélation constante de l'ascite avec la cirrhose, qui a pour un de ses caractères anatomiques les plus évidens une diminution plus ou moins considérable de la vascularité tant veineuse qu'artérielle du parenchyme hépatique. Inutile, au surplus, de répéter ici les symptômes de l'ascite (908), qui sont donc aussi, par le fait, ceux de la cirrhose, et les seuls que fasse toujours naître ce vice anatomique du foie. Dans certains cas extrêmement rares, la cirrhose s'accompagne d'une douleur plus ou moins prononcée dans l'hypocondre, soit avant, soit après l'apparition de l'ascite; mais cela n'a guère lieu que lorsqu'elle suit une marche aiguë. Ce qui ne laisse pas non plus que d'être assez rare, tout en l'étant moins pourtant que la douleur de l'hypocondre droit, — c'est un ictère franchement et complétement développé. Mais ce qui caractérise communément la peau des sujets atteints de cirrhose, ce que fort peu d'entre eux n'ont pas, c'est une pâleur terreuse, qui a bien quelque chose de l'ictère; car le blanc des yeux offre une teinte citrine, et les urines, très souvent du moins, comme je m'en suis assuré par moi-même, verdissent par l'acide azotique. Toutes les fois que la cirrhose naît et se développe idiopathiquement, ou du moins indépendamment de toute affection cardiaque et de néphrite albumineuse, l'œdème des membres inférieurs ne se déclare qu'après que l'ascite a déjà pris de grands accroissemens et qu'elle en est venue à gêner elle-même la circulation de la veine cave

inférieure et des veines iliaques. Enfin, la cirrhose simple, même après avoir enfanté l'ascite, est une affection essentiellement apyrétique. Le malade maigrit de jour en jour; il perd de plus en plus son appétit et ses forces; mais la fièvre ne le prend guère que peu de temps avant le dénouement mortel.

B. La marche de la cirrhose peut être aiguë ou chronique.

α. La *cirrhose aiguë* est une espèce très rare. Avec la douleur de l'hypocondre, avec l'ictère, qui presque toujours se montrent en pareil cas, la maladie simule fort bien une hépatite sub-aiguë. Citons particulièrement en exemple une observation que M. Becquerel nous rapporte tout au long, et dans laquelle, depuis l'apparition des premiers accidens jusqu'à la mort, il ne s'écoula que six semaines environ.

β. La *cirrhose chronique* est la plus commune, sans comparaison. Sa durée, d'ailleurs, varie de quelques mois à deux ans, et même davantage.

C. Il ne paraît pas que la cirrhose soit le moins du monde susceptible de résolution et qu'elle puisse jamais aboutir à d'autre dénouement que la mort.

1148. *Remarques anatomiques.* — A. Toujours, dans la cirrhose confirmée, le foie présente des altérations plus ou moins bizarres de sa configuration naturelle. De plus, la surface extérieure de ce viscère, au lieu d'être unie et douce au toucher, est toute granuleuse, et, par conséquent, toute rugueuse et âpre.

B. Presque toujours, aussi, ce viscère est atrophié, ratatiné. Mais quelquefois, au contraire, il peut se montrer hypertrophié, comme le prouve une observation ci-après rapportée (1149).

C. Les voies biliaires sont libres dans la cirrhose. Lorsque l'ictère existe, c'est donc par vice de sécrétion, et non par obstacle à l'excrétion de la bile sécrétée. Pourquoi ne se prononce-t-il pas dans tous les cas, mais chez quelques malades seulement? Je pourrais bien émettre des conjectures à cet égard. Mais qu'en est-il besoin? L'imagination des lecteurs saura bien, sans moi, bâtir des hypothèses.

1149. *Extrait de l'observation d'un cas de cirrhose avec hypertrophie générale du foie.* — (Observation recueillie sous mes yeux et rédigée par M. Bornet, mon interne). — « Pierre Racine, menuisier, âgé » de trente-deux ans, entre, le 26 avril 1844, à l'Hôtel-Dieu annexe, » salle Sainte-Geneviève, n° 11 ter.

» Cet homme raconte qu'il a déjà été soigné pour la même maladie » dans le service de M. Bouillaud; qu'après un traitement de plusieurs » semaines, il s'était trouvé fort soulagé, et s'en était retourné à Abbe- » ville, sa ville natale; mais qu'ayant été pris de nouveau de ses dou- » leurs, il était revenu à Paris réclamer les secours de la médecine.

» En somme, il y a six mois environ que cet homme éprouve un » sentiment de pesanteur dans l'hypocondre droit. Sa peau présente » partout une teinte ictérique. Son ventre est ballonné, et l'on y sent » le flot intérieur d'un liquide. Le foie se montre très volumineux; la » palpation en reconnaît le bord tranchant à plus d'un décimètre au-» dessous des fausses côtes; la matité est en rapport avec ce que dé-» montre la palpation. La pression, d'ailleurs, n'est point douloureuse.

» Ce malade n'a point perdu l'appétit. Les digestions se font réguliè-» rement. Les principales fonctions de l'économie s'accomplissent d'une » manière normale.

» Les urines verdissent par l'acide azotique. — La teinte verte ne se » montra point toujours la même : il y avait certains jours où elle était » beaucoup plus prononcée. Nous crûmes observer qu'elle devenait » moins forte après l'application des ventouses scarifiées sur l'hypo-» condre.

» Une marche de plusieurs heures détermine chez le malade un » œdème des membres abdominaux : cet œdème disparaît par le repos » du lit.

» Il est bon de noter qu'il existait une douleur dans l'épaule du côté » droit.

» Jamais aucune réaction fébrile ne vient compliquer l'état du » malade.

» Quel diagnostic porter ?

. . . .

» Tout bien considéré, il nous reste à choisir entre l'hépatite chro-» nique et la cirrhose. Si l'on s'en rapporte à ce que les auteurs disent » de la cirrhose, qui ne se présenterait jamais, assurent-ils, que de » compagnie avec l'atrophie du foie, ce n'est pas à une cirrhose que » nous aurions ici affaire; car le foie a sensiblement augmenté de vo-» lume. Et cependant l'autopsie devait démontrer l'existence de la » cirrhose.

» Le malade a pris chaque jour une bouteille d'eau de Vichy; il a subi » l'application de nombreuses ventouses scarifiées sur la région du foie; » il a eu à plusieurs reprises les sangsues à l'anus; il a été souvent purgé » avec le calomel. Le tout en vain. La mort arriva presque subitement, » le 1er juin, à la suite d'une indigestion, qui sembla avoir déterminé » une hyperémie encéphalique.

» *Autopsie.* . . . .

. . . .

» Le foie présente un volume énorme. Mesuré dans le sens de son plus » grand diamètre, il a trente-huit centimètres de longueur. Son poids est » de trois kilogrammes et trente grammes.

» La cirrhose est des plus complètes et des mieux caractérisées. La » substance jaune est hypertrophiée, tandis que la substance rouge a » presque entièrement disparu. »

1150. *Aperçu des complications les plus ordinaires.* — Ce n'est pas la coexistence de l'ascite avec la cirrhose que nous irons jamais qualifier de complication. Le rapport de cause à effet qui unit ces deux choses l'une à l'autre est trop constant, trop étroit, trop intime. En vérité, l'ascite se trouve liée à la cirrhose comme l'ombre au corps. Le tout ensemble ne saurait être rigoureusement considéré que comme une seule et unique maladie. Ce que je me propose maintenant ici, c'est d'indiquer de quelles autres maladies, protopathiques ou deutéropathiques, cette maladie-là se montre le plus ordinairement compliquée.

A. Eh bien, d'abord, dans le plus grand nombre des cas, la cirrhose, loin d'être seule à frapper un organisme jusque là parfaitement sain, se développe chez des sujets déjà en proie depuis plus ou moins longtemps aux symptômes de quelque affection organique du cœur.

B. Moins fréquemment, mais bien des fois encore, la cirrhose existe avec une néphrite albumineuse. Et il n'est pas toujours facile de décider, tant s'en faut, la question de savoir laquelle, de l'affection hépatique ou de l'affection rénale, est née la première.

C. Dans la cirrhose, mais ni plus ni moins d'ailleurs que dans tant d'autres maladies chroniques qui mènent infailliblement au tombeau, il est ordinaire de voir survenir quelque maladie aiguë intercurrente, et surtout la pneumonie, pour emporter les malades d'une façon plus ou moins imprévue, plus ou moins prématurée.

1151. *Quelques mots sur la nature de la cirrhose.* — J'ai, dans la bibliographie du présent article (1145), exposé les principales opinions qui se sont produites concernant la nature de ce vice de nutrition qui a nom cirrhose. L'opinion de Laënnec est aujourd'hui reniée par tout le monde : voilà ce qu'il y a de plus clair. Quant à moi, tout en partageant la doctrine histologique de M. Cruveilhier, qui n'admet dans la constitution du parenchyme hépatique rien qu'un seul genre de granulations toutes essentiellement pareilles, je ne saurais consentir à professer, avec lui, que l'essence de la cirrhose doit consister dans l'atrophie du plus grand nombre des granulations hépatiques, surtout depuis qu'un heureux hasard a offert à mon observation un foie atteint en même temps d'une cirrhose parfaitement caractérisée et d'une hypertrophie énorme, évidente, indéniable. Donc, à mes yeux, comme à ceux de M. Andral et de M. Alf. Becquerel, la cirrhose doit être essentiellement une hypertrophie. Et, s'il m'est permis, à moi aussi, de dire ce que j'imagine là-dessus, voici mon thème en peu de mots : la cirrhose est due à l'hypertrophie de la trame vasculo-celluleuse d'un plus ou moins grand nombre

de granulations hépatiques; ces granulations s'hypertrophient, non pas toutes en même temps, mais successivement, et elles atrophient par compression les granulations restées saines; de là, en règle ordinaire, le ratatinement et l'atrophie de la masse générale du foie; mais dans certains cas, il se peut faire, on le conçoit sans peine, que le nombre des granulations qui s'hypertrophient soit tout de suite assez considérable pour constituer une hypertrophie générale du viscère.

1152. *Étiologie.* — A. La cirrhose peut attaquer tous les âges; mais elle est très rare dans l'enfance. Suivant la petite statistique de M. A. Becquerel, il paraîtrait que le sexe masculin est celui qui entraîne la plus grande prédisposition au développement de cette affection.

B. Au sentiment de M. Becquerel, qui en cela s'appuie principalement sur l'antériorité si fréquente des maladies du cœur par rapport à la cirrhose (1150. A.), celle-ci reconnaît pour condition organique de son développement l'hyperémie hépatique (190), soit asthénique, soit sthénique, devenue habituelle, ou du moins se répétant à fréquentes reprises. Voilà pourquoi ce pathologiste, après avoir accusé les cardiopathies, l'emphysème pulmonaire et les autres maladies qui sont sujettes à produire la congestion du système veineux, accuse encore les affections chroniques de l'estomac et du duodenum, les excès de boissons alcooliques, et, en un mot, toutes les causes réputées pour irriter le foie (633). Mais d'où vient que la cirrhose se développe plutôt qu'une hépatite chronique? Avouons franchement que c'est encore là un mystère. Et, bien souvent, il faut le dire, on ne saurait le moins du monde découvrir dans les antécédens du malade à quoi imputer l'origine de la cirrhose.

1153. *Diagnoctic.* — Très souvent difficile.

La cirrhose, en effet, court risque de passer inaperçue, lorsqu'elle se développe au milieu d'une hydropisie produite par un vice grave du cœur ou par une néphrite albumineuse. D'autre part, lorsqu'elle survient seule, la confondre avec l'hépatite chronique (632. D. 6.) ou avec le cancer du foie (853) est une méprise où il est aisé de tomber et que nous sommes bien loin de regarder comme impardonnable.

1154. *Thérapeutique.* — Dans l'impuissance où nous sommes d'opérer la cure radicale de la cirrhose, nous demeurons condamnés à la médecine symptomatique et palliative. Rappelons-nous donc, surtout, les moyens généralement utiles pour le soulagement des personnes atteintes d'ascite (913. B. C.).

ARTICLE IV.

DILATATION DES BRONCHES.

1155. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*) IIe partie, sect. Ire, chap. 2, *De la dilatation des bronches.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.* — Observations sur la bronchite). Observ. V, VI, VII, VIII et IX.

A. REYNAUD. — (Dans le *Répert.*, — t. VI). — Art. *Bronches* (*Maladies des*), — p. 33-5 (*Dilatation des bronches*).

VALLEIX. — (*Guide du Médecin*, — t. II, chap. IV).

1156. *Définition et esquisse sommaire du sujet.* — Sous le titre de *Dilatation des bronches*, les pathologistes ont coutume de désigner, depuis Laënnec et de par son exemple, un élargissement excessif, non pas des bronches proprement dites (bifurcation de la trachée-artère), mais d'un ou plusieurs de ces rameaux en lesquels les bronches vont se divisant et se subdivisant à l'intérieur des poumons. — Il est rare, notons-le sur-le-champ, il est rare qu'une bronche proprement dite, ou bronche-mère, soit dilatée d'une manière notable, lors même que les subdivisions de l'arbre bronchique le sont assez pour égaler ou surpasser, dans certains points, le diamètre du tronc principal.

Laënnec est le premier qui ait appelé l'attention des anatomo-pathologistes et des praticiens sur le vice organique dont il s'agit. Il s'est lui-même chargé d'expliquer comment ses devanciers avaient pu ne point apercevoir l'existence de cette altération organique. « Cela dépend sans » doute, » dit-il, « de ce que, ayant rarement lieu dans toute l'étendue » des bronches, on peut facilement la rencontrer sans l'apercevoir, lors » même qu'elle est portée à un degré très marqué. Car un rameau » bronchique dilaté ressemble souvent à une bronche plus volumineuse, » et en incisant simplement le poumon, on le prendra nécessairement » pour tel. Il faudrait, pour reconnaître la dilatation et constater que » le rameau a un plus grand diamètre que la bronche qui lui donne » naissance, suivre toutes les divisions de l'arbre bronchique, ce qui se » fait très rarement dans les ouvertures de cadavres. »

Quoi qu'il en soit, nous devons distinguer deux espèces principales de dilatation des rameaux bronchiques, savoir : 1° la dilatation uniforme d'un ou plusieurs de ces rameaux dans toute leur longueur ; 2° la dilatation par renflement circonscrit.

Quant à la première espèce, on n'aperçoit au premier abord rien de changé dans l'aspect général des rameaux bronchiques, qui conservent leur forme cylindrique. Seulement, des rameaux qui, à l'état normal, pourraient à peine permettre l'introduction d'un stylet très fin, ont acquis

un calibre égal à celui d'une plume de corbeau ou d'oie, ou même à celui du doigt. Les rameaux ainsi dilatés naissent souvent d'un rameau resté beaucoup moins large. Au surplus, Laënnec déclare n'avoir jamais pu voir une dilatation qui parût appartenir aux dernières subdivisions de l'arbre bronchique, et pût ainsi servir à donner des lumières sur la manière dont les voies aérifères se terminent.

Pour ce qui est de la seconde espèce, beaucoup plus rare que celle qui précède, les rameaux bronchiques dilatés n'ont plus leur forme naturelle, mais présentent sur un point de leur trajet une cavité capable de loger un grain de chènevis, un noyau de cerise, une amande ou même une noix. Quelquefois plusieurs renflemens semblables existent dans le trajet du même rameau. Ces renflemens des rameaux bronchiques, si l'on n'y prend bien garde, si l'on ne regarde les choses qu'à la légère et superficiellement, peuvent en imposer pour des cavernes d'origine tuberculeuse. La méprise est surtout facile, lorsque plusieurs rameaux continus ou contigus, se trouvant ainsi dilatés inégalement et formant par leurs communications une sorte de clapier plein de mucosités puriformes, offrent au premier coup d'œil les apparences d'une excavation tuberculeuse multiloculaire.

La dilatation des rameaux bronchiques peut exister dans toutes les parties du poumon; mais elle se montre le plus ordinairement dans le lobe supérieur et vers le bord antérieur : ainsi du moins Laënnec l'affirme-t-il. La plupart du temps, le mal n'affecte qu'un petit nombre de rameaux. Quelquefois cependant il occupe tous les rameaux visibles d'un lobe ou même d'un poumon tout entier. Dans ce cas, non seulement la dilatation est toujours beaucoup plus grande, proportion gardée; mais elle peut même quelquefois être, absolument parlant, beaucoup plus grande dans les petites ramifications que dans les rameaux dont elles prennent naissance, et dans ceux-ci que dans les bronches-mères.

1157. *Symptomatologie.* — A. Voyons d'abord ce qu'il en est du côté des phénomènes stéthoscopiques. Naturellement, il n'y a là rien que de fort insignifiant, tant que la dilatation des rameaux bronchiques n'atteint pas à une certaine étendue. Mais, en cas de dilatation considérable, l'auscultation rencontre la respiration bronchique ou bien même la respiration caverneuse, la bronchophonie ou bien la pectoriloquie la plus parfaite, un râle muqueux à grosses bulles ou bien un râle caverneux tout-à-fait semblable à celui des poumoniques; bien entendu, aussi, que la toux présente également, selon le cas, le timbre bronchique ou caverneux; quelquefois il arrive à tous ces phénomènes stéthoscopiques, surtout lorsqu'ils ont lieu à la base du poumon, de disparaître pendant quelque temps, à raison de l'accumulation des mucosités dans les points les plus déclives, puis de ne reparaître qu'après une abondante expec-

toration ou après un changement d'attitude. Ai-je besoin de faire remarquer, au surplus, que les susdits phénomènes se font entendre, tantôt dans un seul point, tantôt dans un large espace, selon l'étendue même que le mal occupe à l'intérieur des poumons (1156)? Si la dilatation est médiocre et à peu près égale dans un certain nombre de rameaux bronchiques, il n'y aura que de la respiration bronchique, de la broncho-phonie diffuse et du râle muqueux, mais point de respiration caverneuse, point de pectoriloquie, point de râle caverneux. Quand la dilatation règne dans une grande étendue des poumons, il n'y a que quelques points où se fasse entendre la pectoriloquie parfaite, et partout ailleurs on ne trouve que la respiration bronchique et la bronchophonie.

B. Avec une dilatation bronchique tant soit peu étendue, on voit presque toujours exister une abondante expectoration, qui, comme on le pense bien, n'est point le fait de la dilatation même, mais accuse de deux choses l'une, ou une bronchite ou une bronchorrhée chronique (510 et 1002).

C. A vrai dire, après tout, c'est à peine si la dilatation des bronches mérite par elle-même le nom de maladie. Elle est un épiphénomène curieux à connaître plutôt qu'une cause de souffrances et qu'un objet de prescriptions thérapeutiques. Résultat anatomique dû, comme on vient sans doute de le pressentir (B.), et comme nous allons le professer formellement, à l'existence protopathique d'une bronchite, que toutefois, après en être née, elle contribue à rendre perpétuelle ou à métamorphoser en une bronchorrhée non moins irremédiable, il ne paraît pas que par elle-même elle puisse jamais causer ni fièvre ni amaigrissement. Si l'individu atteint de dilatation, même très considérable et très étendue, des rameaux bronchiques, n'est pas obligé à de rudes travaux, il ne sent guère de diminution dans ses forces. Il peut même se montrer exempt de dyspnée, tant qu'il ne se livre pas à des mouvemens rapides, comme ceux de la course, de la danse, etc.

1158. *Encore quelques remarques anatomiques.* — A. En ce qui touche à l'épaisseur et à la consistance que présentent les parois des rameaux bronchiques atteints de dilatation, il y a les variétés les plus disparates à signaler. « Le plus souvent, » dit Laënnec, « la membrane » muqueuse a une épaisseur d'un quart à un tiers de ligne [1], et sa sur- » face interne, inégale et plus molle que dans l'état naturel, présente » une couleur rouge-violette foncée, qui pénètre profondément dans » son épaisseur. Le ramollissement de cette membrane est quelquefois » tel qu'on peut l'enlever avec le dos ou le manche du scalpel. Autour » de la muqueuse se trouve une enveloppe blanche, très ferme et à peu

[1] Environ un demi-millimètre.

» près d'égale épaisseur, qui est formée en partie par un tissu cellulaire
» très dense, et en partie par un tissu fibreux. Les cerceaux cartilagi-
» neux s'y distinguent quelquefois encore dans les bronches qui en sont
» pourvues; mais on n'y distingue plus rien de l'appareil musculaire
» jaunâtre qu'on remarque autour des bronches saines. Dans les divisions
» bronchiques d'un ordre inférieur, cette enveloppe a aussi, par en-
» droits, une texture cartilagineuse; mais alors elle n'a plus la forme
» régulière que nous venons d'indiquer........ » — « D'autres fois, les
» parois des bronches dilatées sont d'une ténuité extrême, et qui ne
» permet d'y distinguer aucune trace de leur organisation primitive;
» elles ont un peu plus de fermeté que la membrane muqueuse dans
» l'état sain. Elle sont alors ordinairement rouges, sans injection aper-
» cevable, et leur surface interne est très lisse. Quelquefois leur ténuité
» est telle qu'on peut la comparer à celle d'une pellicule d'ognon. Je n'ai
» jamais trouvé les bronches dilatées en entier de cette manière, et la
» plus étendue des dilatations partielles de ce genre que j'aie vues, très
» anfractueuse, parce qu'elle affectait plusieurs divisions bronchiques
» voisines et communiquant ensemble, aurait pu contenir tout au plus
» autant d'eau qu'une noix. L'aspect de ces dilatations avec amincisse-
» ment, au moment où le scalpel les met à découvert, a une singulière
» ressemblance avec celui des poumons vésiculeux des animaux de la
» famille des batraciens. »

B. Lorsque la dilatation des rameaux bronchiques s'est généralisée dans un lobe ou dans un poumon tout entier, le parenchyme pulmonaire situé entre ces rameaux se montre flasque, privé d'air, évidemment condensé, tout comme dans le cas où le poumon a été refoulé et aplati vers la colonne vertébrale par un épanchement pleural.

C. Lorsque la dilatation bronchique n'existe qu'à un faible degré et n'affecte que les petits rameaux, il est très facile de la méconnaître à l'autopsie même. Un des indices les plus propres à éveiller l'attention là-dessus, c'est l'écoulement d'un mucus puriforme qui, à l'incision des poumons, sort par grosses gouttes des petites ramifications bronchiques.

1159. *Étiologie.* — A. C'est surtout, — disons même, presque exclusivement, — chez des vieillards affectés de bronchite ou de bronchorrhée chronique que nous rencontrons la dilatation bronchique. Et, pour notre part, nous n'hésiterons pas à nous ranger à l'opinion de Laënnec, et, comme lui, nous imputerons le développement de cette dilatation au séjour très prolongé que font quelquefois les mucosités dans les rameaux bronchiques où elles se sont produites. Une masse volumineuse de ces mucosités ne peut, en effet, se former et séjourner dans un rameau bronchique sans le dilater; et si, après avoir été expec-

torée, elle est continuellement renouvelée dans le même lieu par la persistance de la sécrétion morbide, il est évident que la dilatation finira par devenir permanente.

B. Suivant Laënnec, la dilatation bronchique serait un accident assez commun chez les enfans à la suite de la coqueluche. C'est même dans un cas de cette sorte que Laënnec observa et constata pour la première fois le vice anatomique ici en question, de concert avec M. Cayol, alors étudiant en médecine, qui, ayant rencontré un fait si remarquable et jusque là inconnu, invita son illustre ami à examiner la pièce.

1160. *Diagnostic.* — On a vu (1157. A.) que la dilatation bronchique a des signes stéthoscopiques qui lui sont communs avec quelques autres affections pulmonaires, notamment, par exemple, avec la pneumonie (647. G. γ.), avec les abcès pneumoniques (649. F. ϐ.), avec les excavations gangréneuses (755. B.), et avec la tuberculisation (775. A. μ. ν. π. ρ. τ. υ.). Mais en général, je me hâte de le dire, le praticien expérimenté ne se méprendra pas. Il est rare qu'en considérant avec une attention suffisante l'ensemble complet, non seulement des signes stéthoscopiques, mais encore de tous les autres signes possibles, on ne réussisse pas à lever tous les doutes. Si la dilatation bronchique peut quelquefois en imposer, elle ne peut guère en imposer que pour la tuberculisation : mais généralement, je le répète, on est éclairé par le défaut d'accord qui se montre entre la gravité apparente des phénomènes stéthoscopiques et la bénignité des symptômes généraux.

1161. *Thérapeutique.* — La dilatation bronchique étant un mal irrévocable et que nous n'avons aucun moyen de corriger, il est donc clair que tout le traitement consiste à modérer et à pallier la bronchite ou la bronchorrhée concomitante (513 — et 1003).

ARTICLE V.

ANÉVRISME DU COEUR.

1162. *Bibliographie.* — LANCISI. — (*De aneurysmatibus.*) Cap. VII, *De cordis aneurysmatibus.*

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) — Epist. XVII et XVIII, *passim.* — Epist. XXI, art. 34.

LIEUTAUD. — (*Hist. anatomico-med.*) Lib. II, sect. II, art. 20, *Auricularum insolita dilatatio.*

CHEMIN. *Description de l'oreillette droite d'un cœur extraordinairement dilaté.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, — avril 1760). — Oreillette, à ce que l'observateur nous assure, « étant au moins » de la grosseur de la tête d'un enfant. Je la conserve, » dit-il, « dans l'esprit de vin, pour convaincre les incrédules. »

CORVISART. — Ouvrage déjà cité (599). — IIe classe, chap. II, art. 1er, *Des anévrismes passifs du cœur, ou avec amincissement de ses parois, en général;* art. 2, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss. de ses parois, affectant l'ensemble des cavités de cet organe;* — art. 3, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant le ventricule gauche;* — art. 4, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant le ventric. droit;* — art. 5, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant l'oreillette droite;* — art. 6, *De l'anévr. pass. du cœur, ou avec aminciss., etc., affectant l'oreillette gauche.* — IIIe classe, article III, § 1er. (Observation d'un cas d'anévrisme partiel du cœur, chez un nègre de vingt-sept ans, qui ne fut apporté à l'hôpital de la Charité que dans un état de suffocation imminente, la veille même de sa mort.)

LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 3, *De la dilatation des ventricules du cœur;* — chap. 7, *Des dilatations partielles du cœur.*

HOPE. — Ouvrage déjà cité (599). — Part III, chapt. II, *Dilatation of the heart;* — chapt. III, *Partial dilatation or real aneurism of the heart.*

BOUILLAUD. — Ouvrage déjà cité (46. F. ε.). — IIe partie, classe III, chap. 2, art. 1er, *Dilatation des cavités et des orifices du cœur.*

PIGEAUX. — Ouvrage déjà cité (599). — Pag. 444-91 (*Anévrismes du cœur*); — pag. 491-7 (*Anévrismes partiels du cœur*).

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, — t. II, — article *Cœur*). — Pag. 361-5 (*Dilatation du cœur*); — p. 365-70 (*Dilatation partielle du cœur*).

PIORRY. — (*Tr. de méd.*, t. II. — section des *Cardiopathies*, chap. V.) § 1699-1744 (*Cardiectasie des oreillettes et des ventricules*).

* * *

BÉRARD (aîné). — (Dans sa *Dissertation sur plusieurs points d'anatomie pathologique et de pathologie.* Th. inaug. Paris, 1826, n° 23). — Rapporte deux observations d'anévrismes partiels de la pointe du cœur, tous les deux à peu près gros comme un œuf de cane, mais avec une forme plus globuleuse.

BIETT. — Article déjà cité (1138). — Anévrisme partiel de la pointe du cœur chez le célèbre tragédien Talma. A peu près gros comme un œuf de poule.

BRESCHET. *Recherches et observations sur l'anévrisme faux consécutif du cœur.* (Dans le *Répert. gén. d'anat. et de physiol. path.*, — t. III, p. 183 et suiv.)

REYNAUD. *Mémoire sur une espèce particulière d'anévrisme du cœur.*

(Dans le *Journal hebdomadaire*, année 1829, n° 22).—Description détaillée et fort probante d'un cas d'anévrisme partiel vrai (c'est-à-dire sans ulcération ni rupture de l'endocarde), à la paroi postérieure du ventricule gauche. L'individu chez lequel on rencontra cet anévrisme était âgé d'environ trente ans; il n'avait présenté aucun symptôme qui pût faire soupçonner le moins du monde un semblable vice du cœur; il avait succombé aux formidables accidens d'une encéphalopathie saturnine.

OLLIVIER (d'Angers). — (Dans le *Répert*., — t. VIII, art. *Cœur*.) — Pag. 303-13, *Dilatation locale ou anévrisme vrai du cœur.*

PRUS. *Mémoire sur l'anévrisme partiel du cœur.* (Dans la *Revue médicale*, octobre et novembre 1835, et septembre 1836.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXI, planche IV. *Anévrisme vrai partiel du ventricule gauche du cœur, occupant le sommet et la paroi antérieure de ce ventricule. Lamellation des caillots, tout-à-fait semblable à celle des anévrismes des artères. Sac formé par les parois du cœur amincies et altérées. Péricardite hémorragique.* (Cas observé et communiqué par M. Prus). Avec des *Réflexions de M. Cruveilhier.* — Livraison XXII, planche III, fig. 2, *Anévrisme vrai partiel du cœur, occupant le sommet du ventricule gauche.* Avec des *Considérations générales*, au milieu desquelles M. Cruveilhier rapporte aussi, tout au long, l'observation d'un cas d'*Anévrisme faux partiel du cœur.*

THURNAM. *Researches on the partial aneurism of the heart.* (Dans les *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXI.) — Traduit dans la *Gaz. méd.*, année 1839, n° 4.

1163. *Étymologie.* — Sur la foi de Lancisi, qui admit indifféremment et sans critique trois opinions étymologiques (*op. cit.*, cap. I, proposit. 1), et en cela, certes, ne fit pas preuve d'une philologie à la hauteur de son génie médical, M. Bouillaud a eu tort de répéter qu'on n'était pas d'accord sur l'étymologie du mot anévrisme. Ce mot, d'origine grecque, Ἀνεύρυσμα de Galien et des écrivains postérieurs, reconnaît évidemment, incontestablement, pour racine l'adjectif Εὐρύς, large. De Εὐρύς, effectivement, vient le verbe simple Εὐρύνω, j'élargis, je dilate; puis le verbe composé Ἀν-ευρύνω, avec même signification. D'où ensuite, dans le langage général des divers auteurs, Ἀνευρυσμός, dilatation de toute espèce; et, dans le langage spécial et technique des médecins, Ἀνεύρυσμα, dilatation ou tumeur artérielle, de par une convention qui avait acquis force de loi. Il n'y a pas là ombre de doute pour quiconque est un tant soit peu versé dans la connaissance de la grammaire grecque et dans l'histoire de la lexicographie médicale. Tous les bons

hellénistes sont d'accord là-dessus. Peu importe, après cela, qu'il puisse y avoir des esprits d'humeur contredisante, excentrique et paradoxale, qui veuillent élever de vaines chicanes. N'y en a-t-il pas qui, en dépit de la démonstration géométrique, s'inscrivent en faux contre l'impossibilité de la quadrature du cercle?

Quoi qu'il en soit, sous le terme d'anévrisme, Galien ne paraît guère avoir eu en vue autre chose que ce que les chirurgiens modernes appellent anévrismes traumatiques ou faux. Voyez, à cet égard, son Traité *Des tumeurs contre nature* (Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων), chapitre XI.

Puis, naturellement, ce même terme s'appliqua aussi aux anévrismes vrais et non traumatiques, lorsque ceux-ci, grâce aux progrès de la science, vinrent à être bien connus et bien distingués.

Enfin, Lancisi paraît être le premier qui ait étendu formellement, et pour ainsi dire officiellement aux dilatations du cœur la qualification d'anévrisme, dans un livre composé *ex professo*. Du moins sommes-nous en cela l'écho du savant Morgagni (Epist. XVII, art. 5). Non pas, assurément, qu'avant Lancisi quelques auteurs n'eussent déjà employé çà et là, à l'égard du cœur, le mot dont il s'agit. Baillou, par exemple, dans une de ses consultations, avait dit : « S'il y a anévrisme dans le » cœur même, l'affection est mortelle (1). » Mais, en résumé, c'est bien Lancisi qui, le premier, posa et fit adopter comme terme classique la dénomination d'*anévrisme du cœur*.

Jusque dans les commencemens de notre siècle et tant que le livre de Corvisart fut une sorte d'évangile en fait de pathologie cardiaque, on eut coutume de comprendre et d'embrasser pour ainsi dire génériquement sous la susdite dénomination tous les cas, quels qu'ils fussent, où le cœur se trouvait dilaté et augmenté de volume, — soit ceux avec hypertrophie ou, comme on disait alors, avec épaississement de la substance musculaire, — soit ceux de pure et simple dilatation, et, par conséquent, avec amincissement de cette même substance (car, ainsi qu'il est facile de le concevoir, si les cavités du cœur vont s'élargissant, les parois distendues s'amincissent, même sans atrophie réelle, et ne peuvent pas ne pas perdre de leur épaisseur, à moins d'une hypertrophie compensatrice). La première catégorie était celle des *anévrismes actifs*, ainsi disait-on ; la seconde, celle des anévrismes *passifs*.

A notre époque, l'usage a prévalu, avec grande raison, d'employer de préférence le nom d'hypertrophie pour les anévrismes actifs de l'ancienne école et partout où se rencontre une hypertrophie réelle de la substance musculaire du cœur. Aussi avons-nous déjà posé et étudié comme un genre nosographique à part l'hypertrophie cardiaque (chap. V, art. V).

(1) Quod si in corde ipso aneurysma sit, lethalis est affectus. (BALLONII, *Consiliorum medicinalium*, lib. I. — Cons. CIX, *De cordis palpitatione*.)

Restent donc les anévrismes passifs de l'ancienne école, les dilatations du cœur sans hypertrophie ou plutôt même avec atrophie, qui me paraissent avoir tout droit de retenir le nom d'anévrisme, comme qui dirait effectivement *dilatation par excellence*, en parfaite conformité avec l'étymologie même.

Si vous vous faites une obligation stricte de suivre les règles de l'orthographe étymologique, écrivez *anévrysme* par un y. Mais l'Académie autorise et même préfère ici une orthographe plus simple et qui peigne seulement la prononciation : et c'est à quoi, pour notre part, nous nous conformons.

§ I. De l'Anévrisme proprement dit d'une, ou plusieurs, ou toutes les cavités du cœur.

1164. *Aperçu nosologique.* — A. Lorsque, sans hypertrophie, ou plutôt même avec atrophie de la substance musculaire du cœur, les cavités de ce viscère viennent à acquérir un excès d'étendue permanente en se dilatant à peu près uniformément dans tous les sens, voilà l'anévrisme par excellence, l'anévrisme vrai, l'anévrisme proprement dit, par opposition à l'espèce qui va suivre (§ II), et qui n'affecte les parois d'une cavité cardiaque que sur un point seulement, et non pas en totalité.

B. Si, dans notre définition de l'anévrisme du cœur, nous posons formellement comme condition caractéristique la permanence de la dilatation, c'est qu'il ne faut pas, en effet, confondre avec l'anévrisme certaines distensions passagères, ou bien ultimes, auxquelles les cavités droites sont particulièrement sujettes. Lors d'un embarras temporaire de la circulation, comme, par exemple, dans une pneumonie, un accès d'asthme, etc., etc., et, très évidemment aussi, lors d'une lente et pénible agonie, il se peut faire que les cavités droites se laissent énormément distendre par l'accumulation du sang. Mais une distension éphémère est un phénomène accidentel et non pas encore un vice organique; c'est un mal, sans doute, et, disons-le sur-le-champ, c'est un mal qui, à force de se répéter, peut tourner irrévocablement à l'anévrisme, mais ce n'est pas encore l'anévrisme même, tant s'en faut. Quant à la distension des cavités droites pendant l'agonie, les auteurs spéciaux, les cardiopathologistes, s'accordent à dire qu'il est aisé de la distinguer, à l'autopsie, d'avec l'anévrisme. Dans l'anévrisme, disent-ils, les cavités ont beau être vidées de tous les caillots qui les engorgent, elles conservent leurs dimensions excessives, tandis qu'au contraire, en cas de distension ultime, elles se resserrent, une fois vides, et reviennent, fort à peu près du moins, à leurs dimensions normales.

C. Ce que nous appelons anévrisme proprement dit, c'est, encore une fois, l'*Anévrisme passif* de Corvisart; c'est la *Cardiectasie atrophique* d'Alibert (*Nosol. nat.*, famill. VI, *Angioses*, genr. VII, esp. 2); c'est ce que M. Bouillaud nomme atrophie excentrique du cœur (746. B.); c'est ce que je proposais de nommer atrophie anévrismatique (746. B.), par opposition à l'atrophie cardiaque avec rapetissement (747).

D. Ainsi que le titre même du présent paragraphe l'a déjà indiqué ou du moins fait pressentir à nos lecteurs, l'anévrisme peut affecter tantôt les quatre cavités du cœur tout à la fois, tantôt deux ou trois d'entre elles, tantôt une seule oreillette ou un seul ventricule. L'observation nécroscopique a constaté, sous ce rapport, toutes les variétés imaginables, encore bien que les cas d'anévrisme proprement dit, les cas de dilatation du cœur sans hypertrophie, soient certainement, il faut l'avouer, des cas assez rares. Mais gardons-nous bien de croire que la nosographie puisse assigner à chacune de ces variétés anatomiques du mal une symptomatologie particulière et caractéristique. Quoi qu'il en soit, au surplus, les auteurs s'accordent à reconnaître que les cavités droites sont celles qui se montrent le plus fréquemment atteintes d'anévrisme, et que, surtout, il est excessivement rare que le ventricule gauche soit seul anévrismatique.

E. Quant à décrire les symptômes et la marche de la maladie, bornons-nous, et pour cause, dans l'impuissance où nous sommes assurément de tracer autant d'histoires distinctes qu'il y a de variétés anatomiques de l'anévrisme cardiaque (D.), bornons-nous à prendre comme type le cas le plus marquant, celui où l'anévrisme affecte la totalité du cœur. Eh bien, ici, comme à l'égard de l'hypertrophie cardiaque, rien de plus naturel, rien de plus vrai que de distinguer trois degrés de la maladie.

α. Dans le *premier degré*, l'observation clinique ne voit poindre et surgir de la part du cœur rien autre chose que des troubles fonctionnels et dynamiques, qui ne décèlent positivement ni l'existence ni, encore bien moins, la nature du vice organique naissant. Palpitations, douleur ou gêne dans la région précordiale, dyspnée habituelle, essoufflement prompt et facile, toux sèche, hémoptysies, cauchemars, réveils en sursaut, etc. : voilà ce qu'il y a de plus frappant; voilà qui accuse une maladie quelconque du cœur, mais sans ôter même l'espérance qu'on n'a peut-être affaire qu'à une pure névropathie.

β. Dans le *second degré*, indépendamment de l'aggravation des symptômes fonctionnels qui précèdent (α), nous pouvons à l'aide de la percussion constater la présence permanente d'un symptôme physique en rapport nécessaire avec une considérable augmentation de volume du cœur : ce symptôme, c'est une matité précordiale beaucoup plus étendue

et beaucoup plus prononcée qu'à l'état normal. Et, au lieu de trouver en coexistence avec cet excès de matité une impulsion énergique de la part du cœur, comme dans le cas d'hypercardiotrophie, nous ne trouvons au contraire qu'un choc faible et qui, souvent même, produit à peine un léger frémissement de la paroi précordiale. De plus, les cardiopathologistes accusent d'un commun accord, dans la symptomatologie de l'anévrisme cardiaque, les phénomènes suivans : 1° une clarté extraordinaire des bruits de tictac; 2° la grande étendue dans laquelle l'auscultation perçoit ces bruits (46. F. ε.), quelquefois à peu près aussi distincts et aussi retentissans en arrière et même à droite que dans la région précordiale; 3° enfin, la mollesse du pouls.

γ. Dans le *troisième degré*, consécutivement à l'exaspération toujours croissante des symptômes locaux, les palpitations devenant de plus en plus fréquentes et incommodes, la dyspnée revêtant de plus en plus les funèbres caractères de l'orthopnée et de l'état de suffocation imminente, surviennent les phénomènes d'hydropisie générale qui sont un effet commun à toutes les affections graves du cœur : anasarque, ascite, hydrothorax, etc. D'où, peu à peu, l'épuisement des forces vitales, et, enfin, la mort.

F. A tout ce qui précède ajoutons encore quelques remarques anatomiques qui méritent bien notre attention. 1° L'amincissement anévrismatique des parois cardiaques peut être tel que le ventricule gauche n'ait plus, par exemple, que cinq millimètres dans sa plus grande épaisseur, et un millimètre seulement à la pointe du cœur. 2° En général, l'amincissement est moins marqué dans la cloison interventriculaire que dans les autres parties. 3° Presque toujours, en outre de l'amincissement, le tissu musculaire du cœur se trouve en même temps flasque et ramolli. 4° Enfin, en cas d'anévrisme un peu considérable, comme la dilatation se fait plutôt dans le sens transversal que dans le sens longitudinal, le cœur perd presque toujours sa forme naturelle; il s'arrondit, et sa pointe s'efface; c'est ce que Laënnec nommait un cœur en gibecière.

G. Toujours, ou presque toujours, avec l'anévrisme du cœur, coexistent divers autres vices anatomiques du même organe, ou du péricarde, ou des gros vaisseaux. Ce qui se rencontre le plus fréquemment en ce genre, ce sont les rétrécissemens des orifices cardiaques, les adhérences du péricarde et les anévrismes de l'aorte. L'étiologie va nous rendre raison tout-à-l'heure (1165) des rapports de cause à effet qui se font clairement apercevoir entre l'existence protopathique de ces vices-là et le développement deutéropathique de l'anévrisme cardiaque.

1165. *Étiologie.* — Un obstacle permanent à la circulation, au libre accomplissement du passage des ondes sanguines à travers le cœur,

voilà bien la cause principale qui amène le développement de l'anévrisme proprement dit. De même que la vessie se dilate en cas de rétention d'urine, de même les cavités cardiaques s'agrandissent lorsque le sang n'en sort pas avec toute facilité et qu'il est ainsi forcé de s'y accumuler outre mesure. L'obstacle est-il temporaire, comme une hépatisation pneumonique, un accès d'asthme, etc. : il n'y a qu'une simple distension des cavités, qui se resserrent ensuite d'elles-mêmes une fois que le torrent circulatoire retrouve un libre cours. Mais il en est autrement lorsque l'obstacle est permanent, comme, par exemple, un rétrécissement des orifices cardiaques : ce qui n'était d'abord qu'une distension devient à la longue un état de dilatation fixe et irrévocable.

Mais, dira-t-on, ce sont les mêmes obstacles qui amènent l'hypercardiotrophie. Hâtons-nous donc de répondre que nous sommes loin de méconnaître cela. Oui, mille fois oui, sous l'influence de ces obstacles, l'hypercardiotrophie se développe plus souvent, infiniment plus souvent que l'anévrisme proprement dit, qui, je le répète, est une affection rare. Rien de plus facile à concevoir. Si le cœur lutte avec énergie contre le mal, et ce doit être là la règle générale, le redoublement d'activité musculaire de cet organe ne peut moins faire que de produire un certain degré d'hypertrophie en même temps que s'opère une dilatation plus ou moins considérable.

Il est donc fort aisé de comprendre que la dilatation pure et simple sans hypertrophie ne peut avoir lieu que sous l'empire de prédispositions particulières et véritablement exceptionnelles. On ne l'a jamais rencontrée que chez des individus d'une constitution extrêmement débile et sans énergie musculaire. Et peut-être même faut-il, indépendamment d'une débilité générale de la constitution, accuser encore je ne sais quelle prédisposition native ou acquise de la part des parois cardiaques.

Quoi qu'il en soit, c'est en arrière, ou si l'on aime mieux, en amont de l'obstacle que se forme l'anévrisme d'une ou plusieurs cavités cardiaques. Ainsi, par exemple, en cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du cœur droit, l'oreillette droite sera seule anévrismatique. Supposez l'obstacle dans l'artère pulmonaire ou dans les poumons : c'est là une cause d'anévrisme tout à la fois pour le ventricule et l'oreillette du cœur droit. Y a-t-il rétrécissement de l'orifice auriculo ventriculaire gauche : alors l'anévrisme peut affecter en même temps et l'oreillette gauche et les cavités droites. Enfin, est-ce par le fait des valvules sigmoïdes de l'aorte, est-ce par un rétrécissement ou un anévrisme de cette artère que la circulation se trouve entravée : alors il peut y avoir un anévrisme de la totalité du cœur.

Au surplus, il ne faut pas croire que la cavité immédiatement située en arrière de l'obstacle soit toujours anévrismatique, encore bien même

que l'obstacle ait déterminé l'anévrisme de cavités plus éloignées. Assurément, non. Car ne savons-nous pas maintenant qu'il faut, pour le développement de l'anévrisme, une certaine prédisposition, une certaine débilité de la part des parois cardiaques? Or, la constitution naturelle de ces parois est loin d'être la même pour toutes les cavités du cœur. Et voilà pourquoi, disons-le maintenant, l'anévrisme des cavités droites est plus fréquent que celui des cavités gauches; pourquoi l'anévrisme du ventricule gauche est un cas si extraordinairement rare (1164. D.). Certes, par exemple, il est bien facile de comprendre que, sous l'influence d'un rétrécissement de l'orifice aortique ou de l'aorte elle-même, l'oreillette gauche devienne seule anévrismatique, tandis que le ventricule peut fort bien résister ou du moins ne se dilater qu'avec hypertrophie.

1166. *Diagnostic.* — A Dieu ne plaise que nous contestions qu'il y ait des cas dans lesquels un praticien habile et expérimenté puisse diagnostiquer avec une certitude à peu près complète l'anévrisme du cœur. Quelquefois, en effet, la matité précordiale, la clarté extraordinaire des bruits de tictac, l'étendue où ces bruits se font entendre à l'auscultation, les circonstances antécédentes et concomitantes, tout, en un mot, concourt à dévoiler la nature du mal. Mais, en général, il faut l'avouer, le diagnostic est très incertain. C'est là un aveu que laissent échapper, par une très louable bonne foi, bien des observateurs froids et sévères, et d'entre ceux qui ont l'expérience la plus consommée en semblable matière. M. Beau, par exemple, est bien un des médecins qui ont le plus droit de faire ici autorité : eh bien, dernièrement encore, il proclamait franchement l'extrême difficulté de reconnaître l'anévrisme cardiaque, non seulement chez les vieillards, mais même chez les adultes (voir le *Journ. de méd. de MM. Fouquier, Trousseau, Beau, etc.*, n° de décembre 1843, pag. 358). Parler autrement, c'est une grande illusion, si ce n'est peut-être pis encore, si ce n'est, de la part de certains hommes, une erreur volontaire à l'effet d'usurper une réputation de supériorité dans l'exploitation d'une spécialité lucrative.

1167. *Thérapeutique.* — Elle ne peut guère avoir là d'autre rôle que d'être palliative et symptomatique.

Émissions sanguines faites à propos et avec réserve, lorsqu'il y a des signes évidens d'une extrême congestion du système veineux.

Administration de la digitale, et, au besoin, des opiacés.

§ II. De l'Anévrisme cardiaque dit partiel ou latéral.

1168. *Bref aperçu.* — Que l'une des cavités du cœur, au lieu d'éprouver une dilatation générale et à peu près uniforme dans tous les

sens, ne devienne anévrismatique que d'un côté seulement et par une dilatation partielle de sa paroi dans des limites plus ou moins resserrées, de manière à présenter là une cavité accessoire en forme de cul-de-sac plus ou moins étroit et plus ou moins profond : voilà ce que l'on nomme communément aujourd'hui un *anévrisme partiel du cœur.*

C'est dans le ventricule gauche que l'anévrisme partiel a été le plus fréquemment observé, hors de toute comparaison, sans aucun doute. Mais quelques auteurs ont eu bien tort d'avancer que ce vice organique se montrait exclusivement dévolu au ventricule gauche. Les autres cavités du cœur ne laissent pas non plus que d'y être sujettes : c'est là un fait aujourd'hui constant et positivement acquis à la science. M. Vidal, de Poitiers, fit voir à la Société anatomique, en 1830, un cas d'anévrisme partiel du ventricule droit (voir le *Compte-rendu des travaux de la Soc. anat. pendant l'année* 1830, par M. Bérard jeune). M. Chassaignac, en janvier 1836, présenta à cette même Société un cas d'anévrisme partiel de l'oreillette gauche (*Bulletin de la Soc. anat.*, t. II, p. 11). M. Thurnam (article cité, observ. VIII) nous apporte encore un exemple authentique de cette dernière variété. Pourquoi donc l'oreillette droite ferait-elle exception? Pourquoi ne pas penser que l'observation y rencontrera quelque jour l'anévrisme partiel ?

Certes, l'observation l'a aussi démontré, l'anévrisme partiel peut se développer sur tous les points du ventricule gauche. Mais toujours est-il que le plus fréquemment il a son siége vers le sommet; et, après le sommet, il affecte de préférence la base du ventricule. En un mot, la règle est qu'il survient là où les parois ont le moins d'épaisseur naturelle.

Quoi qu'il en soit, l'anévrisme partiel du cœur se présente sous deux formes principales : 1° il peut être entièrement situé dans l'épaisseur des parois cardiaques et ne faire aucune saillie à la surface extérieure de l'organe ; 2° il peut constituer une sorte de tumeur saillante et comme superposée au cœur. Inutile sans doute d'ajouter que l'étendue de ce cul-de-sac accidentel d'une cavité cardiaque offre bien des variétés : quelquefois, par exemple, c'est à peine si elle contiendrait une noisette ; d'autres fois, elle a le volume d'une noix, d'un œuf de poule, d'une orange, et même d'une orange fort grosse. Tantôt l'ouverture ou l'entrée de ce cul-de-sac est beaucoup plus étroite que le reste ; tantôt au contraire elle est aussi large ou même plus large encore.

Quant aux parois de l'anévrisme partiel, quelquefois, mais très rarement, on n'y a reconnu rien que l'endocarde et le péricarde, accolés immédiatement l'un à l'autre, sans aucun vestige de fibres musculeuses intermédiaires; plus fréquemment, il s'est trouvé que l'endocarde manquât et qu'ainsi les parois fussent réduites au feuillet du péricarde et à une couche musculeuse plus ou moins mince; mais, plus ordinaire-

ment, à ce qu'il paraît, on retrouve là l'endocarde, un plan musculaire et le péricarde, comme dans l'état normal des parois cardiaques. Notons maintenant que, bien des fois, l'endocarde a présenté des altérations de nature probablement phlegmasique : il était blanc, opaque, épaissi. On a vu, dans quelques cas, l'anévrisme devenu intimement adhérent au feuillet pariétal du péricarde, ou bien un degré quelconque d'opacité, d'épaississement et d'état phlegmasique de la portion de péricarde qui correspondait à l'anévrisme.

D'ordinaire, l'autopsie rencontre à l'intérieur de l'anévrisme des caillots qui s'y sont formés pendant l'agonie, et même des dépôts fibrineux de date ancienne; mais quelquefois, pourtant, on le trouve complétement vide.

En règle générale, le cœur ne se trouve avoir qu'un seul anévrisme partiel. Mais quelquefois on a vu deux, trois et même quatre de ces anévrismes-là exister à la fois sur un seul et même cœur.

Il y a des cas dans lesquels le cœur ne présente pas d'autre vice anatomique qu'un anévrisme partiel. Point de doute à cet égard : la science possède là-dessus des observations authentiques et formelles. Mais assez ordinairement, il faut le dire, avec l'anévrisme partiel on voit coexister d'autres vices organiques du cœur, — notamment, par exemple, l'hypertrophie ou l'anévrisme proprement dit d'une ou plusieurs cavités ou du viscère tout entier, — la transformation cartilagineuse ou osseuse des valvules mitrales, ou bien des valvules aortiques, etc.

Breschet, — qui le premier composa une monographie de l'anévrisme partiel du cœur, en la fondant sur l'analyse de dix cas observés, soit par lui-même, soit, avant lui, par Baillie, Corvisart et d'autres encore, — Breschet avait conclu que ce mal-là était toujours d'une nature analogue à l'anévrisme faux des artères; en un mot, qu'il ne pouvait se former que consécutivement à la rupture ou à l'ulcération de l'endocarde et des fibres musculaires. Quelques pathologistes, au contraire, ne voulurent voir là, pour tous les cas sans exception, rien autre chose qu'un anévrisme vrai ou par pure dilatation. Ni l'un ni l'autre de ces systèmes exclusifs n'a prévalu dans l'opinion du public médical. Et aujourd'hui l'on s'accorde généralement à reconnaître l'égale possibilité des deux modes pathogéniques en question, attendu les différences que l'observation a constatées, comme nous venons de le voir il y a quelques lignes, dans l'état des parois de la cavité anévrismale, tantôt dépourvue effectivement d'endocarde, tantôt munie de cette membrane comme si de rien n'était.

Après cela, jusqu'à quel point est-il exact de prétendre, avec M. Cruveilhier, M. Prus et quelques autres pathologistes, que l'intervention préalable d'une endocardite qui se concentre dans des limites plus ou

moins étroites soit une condition des plus importantes, des plus essentielles, pour le développement de l'anévrisme partiel vrai? Je pose la question ; mais ce n'est pas moi, certes, qui la trancherai, tant il me semble qu'à cet égard la science est encore loin de pouvoir être faite !

En résumé, l'étiologie de l'anévrisme partiel du cœur reste jusqu'à présent plongée dans une bien profonde obscurité.

En ce qui touche à la symptomatologie, nous avons peu de chose à dire. Quelquefois le mal peut demeurer entièrement latent, sans aucun trouble apparent dans la santé, jusqu'à l'instant où la rupture de l'anévrisme s'opère, laisse échapper le sang à flots abondans et rapides dans le péricarde, le médiastin ou la plèvre, et amène ainsi une mort subite ou du moins extrêmement prompte : notons tout de suite que cette rupture est un accident particulièrement propre aux cas dans lesquels l'anévrisme partiel n'a pas contracté d'adhérences intimes et solides avec le feuillet séro-fibreux du péricarde. Sans aucun doute, hâtons-nous aussi de le dire, l'absence complète de symptômes chez un individu atteint d'anévrisme partiel du cœur n'est pas la règle générale. Loin de là. La plupart des individus chez lesquels l'autopsie a révélé l'existence de cet anévrisme avaient présenté de leur vivant un certain ensemble de symptômes communs aux diverses cardiopathies chroniques : palpitations, douleurs précordiales, dyspnée, essoufflemens, hémoptysies, œdème des extrémités inférieures, anasarque, etc., etc. Mais, au milieu de tout cela, il est en vérité impossible, quant à présent du moins, de faire la part de l'anévrisme partiel, si ordinairement compliqué, comme on l'a déjà vu, d'autres vices cardiaques,— la part qui lui serait précisément imputable et qui pourrait servir à le caractériser, à en fonder le diagnostic. Au surplus, il va sans dire que, dans les cas de maladie évidente du cœur, aussi bien que dans ceux de complète latence de l'anévrisme dont il s'agit, la mort peut quelquefois survenir inopinément par la brusque rupture des parois anévrismatiques, tandis que d'autres fois, sans l'intervention d'un si terrible accident, elle est lentement amenée par l'épuisement progressif des forces vitales, comme un dénouement prévu en quelque sorte à jour et à heure fixe.

Maintenant, qu'ai-je à parler du traitement d'une affection qui demeure à peu près inaccessible au diagnostic, est essentiellement incurable, et n'admet que des soins palliatifs?

ARTICLE VI.

RUPTURE DU COEUR.

1165. *Bibliographie.* — HARVEY. — (*De circulatione sanguinis Exercitatio altera ad Riolanum.*) — Rapporte l'observation que voici : — « Le chevalier Robert Darcy, » dit il, «..... d'un âge » déjà mûr, se plaignait d'éprouver souvent une certaine oppression » de poitrine, principalement pendant la nuit; et, toujours dans la » crainte de lipothymies et de suffocations tour à tour amenées par » les paroxysmes de sa maladie, il ne menait plus qu'une vie de » tourment et d'angoisse. En vain fit-il bien des remèdes, en ayant » recours aux conseils de tous les médecins. Sa maladie s'aggrava; » il devint cachectique et hydropique, et enfin, dans un paroxysme, » il périt comme violemment étouffé. A l'examen du cadavre,.... » on vit que, par suite d'empêchement au libre passage du sang du » ventricule gauche dans les artères, la paroi de ce ventricule » (d'ailleurs assez épais et robuste) s'était rompue et perforée de » manière à ouvrir une large voie à l'épanchement du sang; car le » trou était assez grand pour recevoir un de nos doigts. » — Les érudits s'accordent à dire que c'est là la première observation authentique de rupture du cœur qui ait été consignée dans les fastes de la science.

MORAND. *Sur quelques accidens remarquables dans les organes de la circulation du sang.* (Dans les *Mémoir. de l'Académie royale des sciences*, année 1732.)

HAZON. *Observation sur une rupture du cœur.* (Dans l'ancien *Journ. de méd.*, décembre 1758.) — Large rupture du ventricule droit d'un cœur énormément hypertrophié. Mort subite.

NICHOLLS. *Observations concerning the body of his late Majesty.* (Dans *Philosophical transactions*, année 1762, art. LI.) —Rupture du ventricule droit chez le roi Georges II. Mort subite, au sortir même de la garde-robe.

SENAC. — Ouvrage déjà cité (745) : — livre VI, chap. VII, § II.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) — Epist. XXVII, art. 1-10. — Epist. LXIV, art. 14-17.

PORTAL. *Observations sur des morts subites occasionnées par la rupture du ventricule gauche du cœur.* (Dans les *Mém. de l'Acad. des sc.*, année 1784.)

— (*Cours d'anatomie médicale*) t. III, pag. 94-7, *Ruptures du cœur.*

LANGLADE. *Mort subite, occasionnée par un ulcère au ventricule gauche du cœur, qui en a produit la rupture.* (Dans le *Journ. de méd.*, 1791.)

CORVISART. — Ouvrage déjà cité (599) : — IVe classe, art. II, *De la rupture du cœur.*

ROSTAN. *Mémoire sur les ruptures du cœur.* (Dans le *Nouveau Journ. de méd.*, avril 1820.)

LAENNEC. — (*Tr. de l'Auscult.* — IIIe partie, sect. II, chap. 13.) — Édit. citée, t. II, p. 558-61.

JOSEPH FRANK. — (*Praxeos medicæ universæ præcepta.* — T. X, Leipzig, 1824, in-8°.) § LIV, *De rupturâ cordis.*

DEZEIMERIS. *Recherches sur les ruptures du cœur.* (Dans les *Archives*, août 1834.)

OLLIVIER (d'Angers). — (Dans le *Répert.*, — t. VIII, art. *Cœur.*) — Pag. 343-55, *Ruptures du cœur.*

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XX, planche II, *Rupture spontanée du cœur.*

HENDERSON. — (*Cases illustrative of the pathology of the heart.* Dans *The Edinburgh medical and surgical Journal*, n° CXXII.) Case I, *Rupture of the semi-lunar valves* (valv. semi-lunaires de l'aorte).

PIGEAUX. — Ouvrage déjà cité (599) : — pag. 281-301. (*Les ruptures du cœur.*)

PIORRY. — (*Tr. de méd.*) T. II, section des *Cardiopathies.* — § 1593-1612 (*Cardioclasies*).

§ I. De la rupture complète ou perforante du cœur.

1170. *Aperçu nosologique.* — A. Par *Rupture complète du cœur*, ainsi Corvisart disait-il, — ou bien, et, j'imagine, avec plus de propriété, par *Rupture perforante* ou *Rupture de part en part*, nous désignerons les cas dans lesquels le cœur se déchire et s'ouvre, pour ainsi dire, lui-même en un ou plusieurs points de sa périphérie : d'où un épanchement de sang, qui a lieu, comme de juste, sauf exception rare, à l'intérieur du péricarde. Lors même qu'une semblable perforation se fera par suite d'une ulcération, ce qui paraît être quelquefois arrivé, mais ce qui, après tout, n'est pas, il s'en faut de beaucoup, le cas le plus ordinaire, alors encore le terme de rupture sera d'une exactitude littérale, d'une parfaite et entière vérité : je n'ai pas besoin, ce me semble, d'expliquer tout au long à nos lecteurs comment, en raison de l'effort latéral du sang contre les parois cardiaques, l'endroit aminci et affaibli par l'ulcération doit naturellement se rompre longtemps avant l'heure jusqu'où aurait été ajourné l'achèvement d'une perforation de nature purement ulcéreuse.

B. La rupture perforante du cœur est un accident heureusement fort rare. Il ne paraît pas qu'avant Harvey aucun autre observateur en eût bien constaté l'existence. Et, dans la patrie même de Harvey, lorsque

Nicholls, médecin de Georges II, communiquait à la Société royale de Londres le cas de rupture cardiaque dont ce roi avait été la victime, il croyait révéler au monde médical un genre de catastrophe jusque là inconnu et inouï. Corvisart, dans son immense pratique, n'avait pas vu un seul exemple de rupture complète du cœur ; la seule et unique observation qu'il rapporte lui avait été communiquée par M. Ferrus, qui l'avait recueillie à la Salpêtrière, théâtre particulièrement propre, comme tous les hospices de vieillards, à présenter de semblables faits. Laënnec, qui s'était voué avec une ardeur si laborieuse à la culture de l'anatomie pathologique et avait scruté tant de cadavres, n'eut qu'une seule fois l'occasion d'étudier par ses propres yeux la terrible perforation dont il s'agit. Dois-je dire que, pour mon compte, je suis réduit à ne parler là-dessus que d'après mes lectures, et sans aucune donnée du côté de ma propre expérience? A Dieu ne plaise, assurément, que nous laissions ignorer qu'aujourd'hui la science possède dans ses archives un assez bon nombre de cas bien constatés et bien décrits d'une rupture perforante du cœur ! Mais c'est précisément à cause de l'extrême rareté des cas de cette sorte qu'on s'est empressé de les proclamer toutes les fois qu'ils se sont offerts à l'observation. Il ne faut pas que les hommes érudits, mais étrangers à la pratique, se fassent illusion en rassemblant tous les faits observés depuis deux siècles, jusqu'à s'imaginer peut-être que nous avons tort, nous autres praticiens, de considérer ces faits-là comme rares.

C. On comprend sans peine que les diverses cavités du cœur soient toutes sujettes à rupture : effectivement, on en a des exemples pour chacune d'elles. Mais, en somme, les ruptures des oreillettes sont infiniment plus rares que celles des ventricules. Et, quant à ceux-ci, il est parfaitement avéré que le ventricule gauche est celui qui se montre le plus susceptible de se rompre, hors de toute comparaison. Pourtant, à ce dernier égard, il y a une distinction très importante à noter. Et cette distinction, la voici. S'agit-il de ruptures toutes spontanées, comme on dit vulgairement, ou mieux, provenant exclusivement par cause interne : le ventricule gauche fournit la plus forte part des cas, sans doute parce que les vices valvulaires et les anévrismes partiels y sont plus fréquens que dans le ventricule droit, et sans doute, aussi, par cela même que ses contractions sont plus puissantes et plus énergiques. S'agit-il, au contraire, de ruptures survenues à l'occasion de coups et de compressions violentes sur le devant de la poitrine : c'est toujours ou presque toujours le ventricule droit qui les présente, surtout sans doute en raison de sa situation, qui, antérieure comme elle est, l'expose et le soumet, par conséquent, de plus près à l'influence d'une pression extérieurement exercée sur les parois précordiales.

D. Abstraction faite, comme de juste, des symptômes cardiopathiques dont la rupture du cœur peut être précédée en raison de vices organiques plus ou moins graves qui la préparent et contribuent à la produire, voyons seulement ce qui arrive lors de cette rupture. Eh bien, quelquefois la mort est subite dans toute la force du terme; la malheureuse victime passe de vie à trépas en moins d'une seconde, sans pousser même un seul cri, un seul gémissement. Et, disons-le tout de suite, après la rupture du cœur, nous n'avons guère à signaler que la rupture des anévrismes internes et que l'hémorragie intra-mésocéphalique comme causes organiques d'une mort tout-à-fait instantanée et pour ainsi dire foudroyante. Pourquoi donc, dans le cas qui nous occupe ici, une telle instantanéité de la mort? Ce n'est certainement pas par le seul fait de l'hémorragie qui a lieu dans le péricarde et qui ne s'élève guère au-delà de 400 à 450 grammes de sang (environ 12 à 14 onces, ancien style). Mais c'est que le cœur, alors, cesse tout-à-coup de battre et de fonctionner, soit, comme le pense M. Cruveilhier, parce que la masse de sang épanchée dans le péricarde, poche inextensible, rend dès lors impossible la dilatation des cavités cardiaques, soit par quelque autre raison peu connue ou même tout-à-fait ignorée. Dans d'autres cas, la mort n'est pas instantanée, à parler rigoureusement, mais elle est bien rapide : aussi la qualifie-t-on généralement de mort subite; c'est l'œuvre de quelques minutes; une douleur horrible se déclare tout-à-coup dans la région précordiale, s'étend dans tout le côté gauche de la poitrine et dans le bras correspondant, avec une angoisse inexprimable, avec des cris de terreur, avec la conscience d'une fin imminente; et malheureusement, en effet, la vie ne tarde pas à s'évanouir dans une syncope. Il est probable qu'en pareille circonstance le cœur ne se rompt pas largement d'un seul coup, mais qu'il met un certain nombre de secondes ou même de minutes à se déchirer et à laisser épancher assez de sang pour remplir le péricarde. Il y a même des cas dans lesquels la mort n'arrive qu'au bout de quelques heures, comme l'a vu, par exemple, Joseph Frank (*loc. cit.*) sur la personne du professeur Niszkowski, l'un de ses collègues à l'Université de Wilna, homme d'environ quarante ans, qui mourut d'une rupture du ventricule gauche, mais qui mit douze heures à mourir : « Peut-être, » dit Joseph Frank, « un caillot » s'opposa dans les premiers momens de l'accident à l'écoulement du » sang. » Bien plus, enfin, il paraît avéré que quelquefois la victime ne rendit son dernier soupir que le deuxième ou le troisième jour, sans doute parce que le sang, dans cette occurrence, ne s'épanchait que par une déchirure étroite, oblique, tortueuse, et par conséquent lentement et goutte à goutte.

E. Se pourrait-il que quelquefois la rupture du cœur, loin d'être

immédiatement mortelle, fût susceptible de guérison? Quelques auteurs le pensent, et, entre autres, M. Rostan. Cet habile observateur rapporte même (*loc. cit.*) une autopsie par lui minutieusement recueillie, et où certaines particularités lui ont semblé tout-à-fait de nature à prouver que le cœur avait été autrefois, à une date plus ou moins ancienne, le siége d'une déchirure ou fente, qui, grâce sans doute à l'heureuse formation d'un caillot obturateur, avait fini par se cicatriser. Si tant est que le terrible accident qui fait le sujet du présent paragraphe puisse quelquefois avoir heureuse issue, toujours est-il que cette possibilité n'existe que pour les cas où la fente sera bien étroite et l'épanchement de sang bien peu considérable.

F. En cas de rupture du cœur, la règle, je l'ai déjà dit, est que le péricarde soit le siége de l'épanchement de sang. En effet, il n'en peut être autrement que là où le cœur a contracté des adhérences contre nature avec ce sac séro-fibreux. Si, par hasard, tout vient à se rompre là, force est bien, alors, que le sang fasse irruption dans le tissu cellulaire du médiastin, ou bien même dans la cavité de la plèvre. Mais encore faut-il remarquer que l'adhérence intime du cœur au péricarde est plutôt une condition heureusement faite pour prévenir la rupture, notamment en cas d'ulcération ou d'anévrisme partiel.

1171. *Étiologie.* — A. Examinons d'abord les principales conditions organiques qui doivent être regardées comme propres à constituer une disposition plus ou moins forte aux ruptures du cœur, à préparer et à favoriser le développement de cet accident funeste. Accusons donc, à tel propos : 1° un vice de structure congéniale du plan musculaire des parois cardiaques, qui peuvent avoir ainsi, chez certains sujets, des parties beaucoup plus minces et plus faibles qu'il ne faut; 2° un obstacle permanent à la libre circulation du sang, comme, par exemple, la compression de l'artère pulmonaire par un anévrisme de la crosse aortique (cas du roi Georges II), le rétrécissement de l'aorte, les ossifications valvulaires, etc. ; 3° le ramollissement du cœur, — tel qu'il n'est pas rare de le rencontrer dans le scorbut, ou dans les fièvres graves et pestilentielles, — tel qu'il a été constaté, par exemple, dans le cas du professeur Niszkowski (Jos. Frank, *loc. cit.*) ; 4° la suppuration survenue dans le sein même du parenchyme cardiaque; 5° l'endocardite ulcéreuse; 6° enfin, l'anévrisme partiel (1168).

B. Comme causes occasionnelles, mais qui, assurément, n'agissent qu'avec le concours d'une certaine prédisposition, qu'avec le concours de certaines conditions organiques, nous devons signaler : 1° les violences extérieures qui frappent sur la région précordiale sans atteindre le cœur directement et pour ainsi dire traumatiquement, sans en blesser ni en contondre le tissu; 2° les efforts de toute sorte, et notamment, par

exemple, ceux du vomissement; 3° le coït; 4° les émotions excessivement vives; 5° les attaques d'épilepsie, etc. De toutes ces causes-là, les violences extérieures sont les seules qui ont paru quelquefois avoir assez de puissance pour suffire par elles-mêmes à déterminer la rupture du cœur, sans qu'il soit permis, du moins, d'invoquer autre chose qu'une prédisposition inappréciable, qu'une friabilité occulte du tissu cardiaque : ainsi a-t-on des exemples de ruptures d'un cœur, d'ailleurs sain et normal en apparence, qui se sont faites à l'occasion d'une violente percussion de la région précordiale, et notamment, par exemple, sous le coup d'une forte ruade, sous le simple choc d'une balle sans production de plaie extérieure, comme aussi sous le passage d'une roue de voiture, etc. Quant à toutes les autres causes qui viennent d'être accusées, elles ne peuvent occasionner la rupture du cœur qu'à la condition de l'existence protopathique d'un vice organique bien déterminé.

1172. *Diagnostic.* — Lorsque la rupture du cœur survient chez un individu qui présente, depuis plus ou moins longtemps, des signes, même vagues et ambigus, d'une maladie quelconque de ce viscère, le diagnostic d'une semblable rupture n'est généralement pas difficile. Mais il est des cas, toutefois, dans lesquels on court grand risque de confondre la rupture du cœur avec l'hémorragie de la moelle allongée ou avec la rupture d'un anévrisme interne.

1173. *Thérapeutique.* — Question peut-être complétement oiseuse et chimérique, et qui mérite à peine quelques mots! Supposons même que, par un hasard dont la possibilité est bien loin d'être démontrée (1170. E.), on ait affaire à une rupture du cœur assez peu béante pour ne pas être essentiellement mortelle et pour avoir des chances de cicatrisation, comment diagnostiquer un cas semblable? Comment le traiter en pleine connaissance de cause? Il est clair, d'ailleurs, que le repos le plus complet du corps, que l'immobilité la plus grande possible serait alors la condition la plus importante, la plus nécessaire pour mener les choses à heureuse fin, pour aider la nature à l'accomplissement de la guérison. La saignée, à ce qu'il paraît d'après le témoignage de bons observateurs, serait nuisible dans les ruptures du cœur, et ne ferait que hâter la mort.

§ II. De la rupture de quelque partie intérieure du cœur.

1174. *Bref aperçu.* — Comme on doit aisément le prévoir et le comprendre, le cœur peut éprouver des ruptures qui n'en intéressent que l'intérieur. Et, sans ouvrir la voie à une hémorragie meurtrière, sans arrêter à l'instant même l'action du cœur, sans avoir, en un mot, la foudroyante nature des ruptures perforantes, ces ruptures intérieures du cœur n'en sont pas moins encore un accident d'une haute gravité.

Il y a, dit-on, des cas de rupture de la cloison interventriculaire, comme aussi des cas de rupture de la membrane qui clot le trou ovale : deux sortes de cas qui rentreraient naturellement dans l'histoire générale de la *Communication contre nature des cavités droites et gauches du cœur*, ce genre nosographique auquel je dois ci-après consacrer l'article IX.

On a vu la rupture des valvules. Or, qu'est-ce qu'un semblable accident, sinon l'immédiate et brusque production d'un degré considérable d'insuffisance de ces soupapes de la merveilleuse machine qui meut le torrent circulatoire? Et, si tant est que l'insuffisance ainsi survenue ne produise pas sur-le-champ dans la circulation une perturbation qui aille jusqu'à constituer une maladie aiguë et promptement mortelle, du moins ne manque-t-elle jamais d'entraîner à la longue l'hypertrophie ou l'anévrisme du cœur selon les prédispositions particulières de l'individu. (720 — et 1165.)

Enfin, il est encore une autre variété de rupture cardiaque, ou, si l'on veut, de cardioclasie, comme dit M. Piorry : c'est celle qui atteint les colonnes charnues désignées sous le nom de piliers des valvules, ou bien les tendons de ces mêmes colonnes. Corvisart est le premier auteur qui ait publié des exemples de cette sorte (*Op. cit.*, — Observ. XXXIII, XL et XLI) : dans les trois observations qu'il rapporte, la rupture paraît avoir été due à des efforts violens ; un étouffement subit et très intense fut le premier effet de cet accident ; puis se développèrent les symptômes divers qui appartiennent généralement à la période ultime des vices organiques du cœur. Laënnec a observé un cas dans lequel la rupture d'un tendon des piliers valvulaires parut à cet observateur avoir été le résultat d'une ulcération (*Op. cit.* — Observ. XLVII). Mais, il faut l'avouer, de semblables accidens n'ont point de signes certains qui les fassent reconnaître sur le vivant; tout au plus peut-on quelquefois les soupçonner, et, pour ainsi dire, les deviner. Il est évident, d'ailleurs, que la gravité des symptômes doit varier beaucoup suivant l'étendue et le lieu de la rupture. Ainsi la rupture de tous les tendons d'un pilier ne peut moins faire que d'occasionner un grand trouble dans la circulation ; la rupture totale d'un pilier doit, sans doute, produire des effets plus graves encore, à raison du flottement de cette partie, devenue dès lors une sorte de corps étranger dans le ventricule. Mais la rupture d'un ou deux tendons seulement ne paraît pas de nature à entraîner des symptômes bien graves et de bien longue durée, encore moins une maladie permanente et inévitablement mortelle.

ARTICLE VII.

INSUFFISANCE DES VALVULES SIGMOÏDES DE L'AORTE.

1175. *Bibliographie.* — SELLE. — (*Observations de médecine.* Traduites de l'allemand par Coray. Paris, 1796, in-8°.) Observ. XXIV, *D'une ossification des valvules du cœur.* — « On nous amena à la » maison de Charité, en 1781, un jeune homme âgé de dix-sept » à dix-huit ans, et d'une constitution robuste. — J'observai *dans* » *toutes ses artères une pulsation considérable* (¹). Il avait une » *forte palpitation de cœur*, et un *pouls* SINGULIÈREMENT *grand*, » *vite et dur*, *quoique régulier*. Il ne pouvait presque pas dormir, » parce qu'il ne pouvait point se coucher. Au reste, toutes les au- » tres fonctions du corps se faisaient bien. — Je ne doutais point » qu'il n'y eût un vice organique, et je présumais avec beaucoup » de vraisemblance que c'était un anévrisme dont la rupture de- » vait tôt ou tard lui causer la mort. — Je cherchai aussitôt à di- » minuer la masse du sang par des saignées ; mais elles ne dimi- » nuèrent point du tout la pulsation des artères. — Les tempé- » rans et tous les anodins possibles ne furent pas plus efficaces. Il » finit par avoir une leucophlegmatie, et mourut bientôt après. — » A l'ouverture du cadavre, je fus bien étonné de ne trouver au- » cun vice dans les vaisseaux sanguins; tous les viscères étaient » également sains ; mais les valvules du cœur étaient ossifiées et » immobiles. Elles s'étaient, au surplus, fort retirées, de manière » que *le sang poussé par le cœur pouvait bien sortir*, *mais il de-* » *vait naturellement y refluer à cause de cet élargissement*, *et oc-* » *casionner ce désordre du système artériel.* »

CORRIGAN. *Researches on a new disease of the heart* (*Permanent patency of the aortic valves.*) (Dans *The Edinburgh medical and surgical Journal*, n° CXI.) — Assurément, lorsque en 1831, M. Corrigan, pour avoir découvert quel ensemble de signes caractérise d'une façon pathognomonique l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, qualifiait de maladie nouvelle cette insuffisance, il ne dut pas entendre à la lettre une semblable qualification. Pas plus qu'il ne voulait dire par là que cette maladie eût attendu le XIXᵉ siècle pour venir affliger l'humanité, et n'eût pas

(¹) Je mets en italique les particularités qui méritent principalement l'attention de nos lecteurs, dans cette observation si remarquable, où le savant et illustre médecin du grand Frédéric a véritablement entrevu l'importance pathologique de l'insuffisance des valvules aortiques.

existé de tout temps, il ne pouvait non plus s'imaginer et prétendre raisonnablement qu'elle n'eût jamais été aperçue, jamais entrevue, jamais soupçonnée avant lui. Contre une pareille prétention, si tant est que M. Corrigan l'ait eue, Hope aurait eu toute raison d'élever une réclamation de priorité, non seulement pour son propre compte, mais pour le compte de bon nombre de ses devanciers, d'entre ceux même qui vécurent avant l'époque de l'auscultation. J'ai cité, à cet égard, une très curieuse observation de Selle. Et, certes, il serait facile de trouver, depuis Lancisi jusqu'à notre siècle, maints documents semblables, et, par conséquent, bien faits pour établir péremptoirement que l'insuffisance valvulaire avait été entrevue et considérée comme une source de phénomènes morbides de la plus haute gravité. Mais ce qu'il y avait de réellement nouveau dans le travail de M. Corrigan, et ce qui, en vérité, constitue une importante découverte, dont la science me paraît redevable au célèbre professeur de Dublin, c'est d'avoir parfaitement reconnu l'ensemble symptomatique qui nous donne droit de diagnostiquer en toute certitude l'insuffisance des valvules aortiques. Sur ce point, je dois le dire, les réclamations de Hope ne me semblent pas justes, quoiqu'elles aient été si facilement accueillies dans le monde médical, et surtout en France : accueil qu'on s'explique fort bien, au surplus, par la grande renommée de ce médecin, et par l'autorité classique de son livre.

HOPE. — Ouvrage déjà cité (599). — Part III, chap. IX, *Dis ases of the valves and orifices of the heart.*

FILHOS. — (*Inductions pratiques et physiologiques tirées de l'observation.* Th. inaug. Paris, 1833, n° 132.) — Voir pag. 9-11, où l'auteur pose en principe la constante liaison d'un bruit de souffle avec les insuffisances des valvules cardiaques ; — et pag. 17-23 (Observations I, II et III, toutes trois avec autopsie. — Observations d'insuffisance des valvules sigmoïdes gauches, ou valvules aortiques.)

GUYOT (Aristide). *De l'insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques.* Th. inaug. Paris, 1834, n° 163. — Thèse reproduite en entier dans la *Gaz. méd.*, année 1834, n° 35. — Les observations originales qui servent de base à cette remarquable et intéressante thèse ont été recueillies sous la direction de M. Rayer ; ce nom en garantit la haute valeur. M. Guyot a su, de plus, emprunter à divers auteurs, et mettre en relief, avec une heureuse sagacité, quelques observations qui, recueillies antérieurement à la découverte de M. Corrigan, paraissent, toutefois, devoir être désormais rapportées à l'insuffisance valvulaire, d'après la considération des

symptômes, ou, ce qui est encore plus probant, d'après l'examen nécroscopique.

LITTRÉ. *Recherches sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires et des valvules sigmoïdes de l'aorte.* (Dans *Gaz. méd.*, année 1834, n° 37.) — Il y a là une observation des plus probantes, avec autopsie à l'appui du diagnostic qui avait été porté, du vivant de la personne, d'après les principes de M. Corrigan. Observation recueillie aussi dans le service de M. Rayer, qui, entre autres mérites, a tant fait pour populariser parmi nous, non sans les avoir agrandies et perfectionnées, les découvertes des pathologistes d'outre-Manche.

— (Dans le *Répert.*, t. VIII, article *Cœur.*) — Pag. 322-43, *Maladies des valvules et des orifices du cœur.*

CHARCELAY. *Recueil d'observations sur l'insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques.* Th. inaug. Paris, 1836, n° 283. — Neuf observations originales. Mention méthodique d'observations plus ou moins anciennement publiées, que M. Charcelay a rassemblées avec autant de jugement que d'érudition.

HENDERSON. *On inadequacy of the Valves of the Aorta.* (Dans *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, n° CXXXIII. — Année 1837.)

BEAU. *Recherches sur quelques points de la séméïologie des affections du cœur.* (Dans les *Archives*, janvier 1839.)

ARAN. *Recherches sur les signes et le diagnostic de l'insuffisance des valvules de l'aorte.* (Dans les *Archives*, novembre 1842.)

FORGET. *Recherches cliniques sur les rapports des altérations valvulaires avec l'affection connue sous le nom* d'anévrisme du cœur. (Dans *Gaz. méd.*, année 1844, n°s 23, 25, 28 et 30.)

1176. *Définition.* — L'insuffisance des valvules aortiques, ainsi que l'insuffisance des autres valvules du cœur, est le résultat de conditions anatomiques fort variables, mais qui aboutissent toutes à produire le même désordre physiologique : c'est à savoir que les valvules, tout en continuant d'être assez mobiles pour ouvrir une libre voie au sang lors de la systole ventriculaire, ne sont plus propres à clore suffisamment, lors de la diastole, l'orifice ventriculo-aortique, et à empêcher par là que le flot de sang, une fois projeté dans l'aorte, ne reflue dans le ventricule.

Telle est du moins la définition qui convient à l'insuffisance valvulaire considérée dans son état simple, et, pour ainsi dire, typique, — à l'insuffisance sans rétrécissement.

Si, entre les diverses insuffisances valvulaires, l'insuffisance des valvules aortiques est la seule à laquelle j'aie cru convenable de consacrer

un article spécial, c'est précisément parce que, dans l'état actuel de la science, elle est, en vérité, la seule qui constitue une maladie évidemment à part, une maladie bien tranchée et bien caractérisée; sans compter, d'ailleurs, que les valvules des cavités droites ne sont que fort rarement sujettes à ces altérations anatomiques qui atteignent si fréquemment les valvules des cavités gauches, et amènent l'insuffisance. Au surplus, je me réserve de dire, à la fin du présent article, quelques mots à titre d'appendice en ce qui touche particulièrement l'insuffisance des valvules mitrales.

1177. *Synonymie.* — A. Maladie de Corrigan : ainsi nomma-t-on généralement en France, dans le commencement, la maladie qui nous occupe ici ; car on attribuait alors sans conteste au professeur de Dublin l'honneur de l'avoir découverte.

B. Insuffisance des valvules aortiques avec mobilité : ainsi peut-on, à l'exemple de M. Aristide Guyot, dénommer exactement, quoique peut-être un peu trop longuement, les cas d'insuffisance simple, par opposition à ceux dans lesquels l'insuffisance se trouve compliquée d'immobilité des valvules et de rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique, et dans lesquels les phénomènes prédominans de l'appareil symptomatique sont le fait du rétrécissement et non de l'insuffisance.

C. Hypercardiotrophie par insuffisance des valvules aortiques : pourquoi ne classerait-on pas sous cette dénomination, par opposition aux cas où les phénomènes d'insuffisance dépendent d'une aorto-endocardite aiguë (611. B. 6., — 613 et 617), les cas chroniques auxquels le présent article est plus particulièrement consacré, c'est-à-dire les cas où l'insuffisance résulte d'altérations anatomiques entièrement incapables de se résoudre, et où elle amène à sa suite, comme de raison (720), le développement de l'hypercardiotrophie ?

1178. *Symptomatologie.* — A. *Symptômes caractéristiques :* au nombre de trois. Je les ai déjà indiqués à propos de l'endocardite (611. B. 6.); mais je crois devoir y revenir ici et y insister avec plus de détail. Ce sont donc, je le répète : 1° un bruit de soufflet ayant lieu au second temps du tictac, et se produisant, non seulement dans le cœur, mais tout le long de l'aorte et des autres artères; 2° la pulsation visible des artères voisines du cœur et peu profondément situées, comme, par exemple et avant tout, les carotides ; 3° le pouls vibrant, ainsi que beaucoup de médecins disent aujourd'hui, ou bien, en d'autres termes, et même, ce me semble, plus précisément, rebondissant, caprisant, dicrote, comme on voudra (46. F. δ.). La réunion de ces trois symptômes a véritablement une valeur pathognomonique dans toute la force du terme; elle ne manque jamais d'exister en cas d'insuffisance simple ou insuffisance proprement dite des valvules aortiques,

— insuffisance, encore un coup, survenue et développée sans se compliquer d'un rétrécissement de l'orifice.

α. Le *bruit de soufflet* dont il est ici question a généralement une intensité très prononcée. Remplace-t-il, en réalité, ou bien ne fait-il que masquer le second bruit du tictac naturel? Question à laquelle on répondra dans un sens ou dans l'autre, suivant la théorie qu'on aura adoptée pour l'explication des bruits de tictac. Quoi qu'il en soit, ce bruit de soufflet présente, dans la région précordiale, son maximum d'intensité vis-à-vis de l'orifice aortique; et, se prolongeant de là dans le système artériel, il se fait surtout entendre dans l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières. Si on le suit depuis la quatrième côte, le long du trajet de l'aorte, on le trouve de plus en plus marqué à mesure qu'on monte, jusqu'à ce qu'enfin on parvienne au point où il se montre le plus intense, c'est-à-dire vers l'extrémité supérieure du sternum, là où la crosse de l'aorte est le plus près de la paroi thoracique; puis, de là, il se continue à droite et à gauche dans les carotides et les sous-clavières, mais en s'affaiblissant. La production de ce bruit de soufflet est un phénomène purement physique, purement hydraulique, et où la vitalité des tissus n'entre pour rien. Les choses se passent là comme elles se passeraient dans une machine sans vie. C'est ce que M. Corrigan assure avoir vérifié par expérience. Qu'on prenne, dit-il, un tube flexible, une portion d'intestin ou d'artère, et qu'à l'un des bouts on adapte un autre tube qui soit traversé par un courant d'eau d'une force considérable : tant que le tube flexible est complétement distendu par l'eau qui le parcourt, le mouvement du liquide n'y produit aucun bruit; mais si ce tube est comprimé sur un point, de telle sorte qu'au-delà de ce point il ne reçoive plus qu'une quantité d'eau insuffisante pour le maintenir dans un état de distension complète, alors on entend, là où n'existe plus un parfait degré de tension, un bruit de soufflet dont l'intensité est proportionnée à la vitesse du courant. Eh bien, il en est ainsi de l'aorte sur le vivant. Quand les valvules empêchent exactement le reflux du sang, la distension du système artériel est et demeure parfaite : donc, point de bruit. Mais, en cas d'insuffisance valvulaire, l'aorte et les artères qui en naissent ne conservent point, à l'instant du reflux, leur plénitude ordinaire, et deviennent flasques jusqu'à un certain point : donc, le mouvement du sang doit alors y produire, et y produit en effet un bruit de soufflet. Quelquefois le bruit de soufflet, au lieu d'être simple et borné au second temps du tictac, se montre double ; très distinctement composé de deux bruits, l'un au premier temps, l'autre au second temps, il présente à l'oreille de l'observateur la sensation bien évidente de deux courans alternatifs, l'un vers l'aorte, l'autre vers le cœur ; bien plus, il se peut que les malades entendent eux-mêmes ce

double bruit de va-et-vient bourdonner dans leur poitrine : mais tou cela ne peut exister, à ce qu'il paraît, que lorsque les valvules sont non seulement insuffisantes, mais indurées, ossifiées, immobiles, et lorsque, par conséquent, il y a tout à la fois obstacle à l'issue du sang pendant la systole ventriculaire, et reflux du sang pendant la diastole.

6. Quant à la *pulsation visible des artères*, c'est surtout au cou, aux tempes et aux membres thoraciques que ce phénomène a lieu d'une façon tout-à-fait frappante. Voici, au surplus, comment il doit être expliqué. Reconnaissons d'abord que, tant que l'appareil valvulaire est à l'état normal, et empêche ainsi le reflux de la colonne sanguine, les artères, constamment distendues, conservent à peu près le même volume durant la diastole et la systole. Mais, en cas d'insuffisance de cet appareil, l'aorte et les branches qui en sortent se vident en partie à raison du reflux de la colonne sanguine; après quoi la nouvelle systole du ventricule projette dans ces vaisseaux une masse de sang qui les dilate tout-à-coup et à un point très considérable : or, une diastole artérielle si soudaine et si grande ne peut moins faire que de constituer des pulsations visibles. Tout concourt à prouver que cette explication du phénomène est la véritable. Si la pulsation est surtout visible dans les artères du cou et de la tête, c'est que, de toute évidence, ces artères-là sont celles où le mouvement de reflux, une fois commencé dans l'aorte, doit se continuer le plus aisément. La pulsation est bien moins visible, ou même ne l'est pas du tout, dans les artères des membres inférieurs, surtout quand le malade est assis ou debout : bien des fois, tandis que les artères temporales battent d'une façon prodigieuse, et qui, pour ainsi dire, saute aux yeux, les artères crurales, quoique plus grosses, ne laissent rien ou presque rien apercevoir. Un des malades observés par M. Corrigan a, le premier, remarqué une circonstance qui confirme encore davantage la vérité de l'explication : c'est qu'en levant les bras au-dessus de la tête, il augmentait la pulsation des artères brachiales et radiales, et il obtenait le même résultat dans les artères des membres inférieurs, en se couchant et en levant ces membres en l'air. Observation, depuis, vérifiée maintes et maintes fois. Il est fort aisé de comprendre que, dans la station, dans l'attitude assise, et même dans le décubitus ordinaire, les artères des membres inférieurs supportent une colonne de sang trop grande et trop pesante pour que le reflux s'y fasse à un degré bien manifeste.

γ. Après avoir signalé le *pouls plein et rebondissant* comme un des traits essentiels de l'insuffisance simple des valvules aortiques, tout n'est pas encore dit concernant le pouls de cette maladie. Effectivement, il faut en outre accuser, du moins en règle générale, la fréquence du pouls, —90 à 110 par minute, suivant les observations de M. Corrigan, — 80 à

120, suivant celles de M. Aristide Guyot. De plus, et cette remarque est importante, il serait inexact de répéter, avec la plupart des auteurs, que le pouls est fort : non, il ne l'est pas dans l'entière rigueur du terme (46. F. 5.) ; il est grand, singulièrement grand, sans doute, mais il est plutôt mou que dur, ou du moins se laisse-t-il aisément déprimer par le doigt qui le tâte. Enfin, d'où vient donc au pouls son caractère rebondissant, caprisant, dicrote, ou vibratoire, comme on voudra le nommer ? Répondons que c'est là un effet purement physique comme le bruit de soufflet ; un effet se produisant aussi dans toutes sortes de tubes flexibles, même inertes et sans vie, qui, en étant traversés par un fort courant d'eau, éprouvent des conditions alternatives de distension complète et de relâchement. De la part de semblables tubes, en de semblables conditions, la main qu'on y applique a, comme M. Corrigan lui-même s'en est assuré, la sensation on ne peut plus distincte d'un mouvement vibratoire.

B. *Autres symptômes :* variables sans aucun doute, mais provenant, pour la plupart du moins, de l'hypercardiotrophie dont l'insuffisance des valvules aortiques entraîne nécessairement le développement progressif (717 et 720), et, par conséquent, déjà bien connus à nos lecteurs. Dyspnée, gêne précordiale, palpitations de cœur : voilà les souffrances principales. Les palpitations sont, en général, le premier accident qui se fasse remarquer : c'est par elles surtout qu'il nous est permis de déterminer l'époque où la maladie a débuté. Chez un assez bon nombre de sujets, on voit survenir, de temps à autre, des accès aussi pénibles qu'alarmans de palpitations redoublées, de toux et de dyspnée suffocante. Ce qui est bien digne de remarque, c'est que, par les progrès de la maladie, les artères carotides externes, brachiales, radiales, cubitales, deviennent de plus en plus apparentes, partout où elles ont une situation superficielle ; on les voit s'élargir, on les voit s'allonger, ou, pour mieux dire, présenter une forme de plus en plus tortueuse. Une expectoration muqueuse plus ou moins abondante est un des accompagnemens les plus ordinaires de la maladie qui nous occupe. Quelquefois, mais rarement, l'hémoptysie se met de la partie. L'orthopnée, le besoin impérieux de l'air frais, l'impossibilité du décubitus en supination, l'imminence de la suffocation, la face pourprée, l'œdème des membres inférieurs, l'anasarque et l'hydropisie générale appartiennent à la dernière période de la maladie.

C. *Durée de la maladie :* varie beaucoup entre différens individus. M. Corrigan en cite qui vivaient depuis sept à huit ans. Un nommé Mullier, à qui je donnai mes soins, et que j'observai assidument pendant quatre années consécutives jusqu'au jour de sa mort, et qui, d'entre les souvenirs de ma propre pratique, apparaît à mon imagination

comme le premier et le plus bel exemple de la maladie constituée par l'insuffisance des valvules aortiques [1], avait commencé d'éprouver des palpitations (B.) dix ans avant de succomber. D'autres, moins heureux, ne résistent pas aussi longtemps, et même à beaucoup près : par exemple, le sujet de la première observation de M. Aristide Guyot n'eut, à partir de l'apparition des premiers symptômes, que quatre ans de vie. Mais, dans les observations de M. Corrigan, la maladie n'a jamais duré moins de deux ans. L'une des conditions principales d'où dépend, sans aucun doute, le plus ou moins de durée de la maladie, c'est le degré plus ou moins considérable du reflux : dans un cas où les valvules étaient déchirées et où le reflux était énorme, M. Corrigan a vu le dé-

(1) Voici le court sommaire des notes que j'ai sur le compte du malade dont il s'agit :

Mullier, garçon boucher, demeurant rue du Faubourg-Montmartre, 76 ; mort à trente-huit ans, le 8 juillet 1839. — Il avait, disait-il, commencé d'éprouver des palpitations en 1829. Il avait eu auparavant, à diverses années d'intervalles, trois attaques de rhumatisme articulaire aigu. Importe-t-il de remarquer, en outre, qu'il avait une hydrocèle, pour laquelle on lui a pratiqué plusieurs fois la ponction? Et, par parenthèse, c'est moi-même qui la lui ai faite quatre fois dans les dernières années de sa vie : la tunique vaginale se remplissait en trois mois. — Je vis Mullier pour la première fois en 1835, et, dès lors, je portai le diagnostic que voici : Hypertrophie du cœur, indubitablement; et Insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, si l'on en croit les signes indiqués par M. Corrigan. En effet, je constatai dès cette époque l'existence des symptômes qui suivent : impulsion du cœur, forte et manifestement visible; matité précordiale, très étendue et très prononcée; bruit de soufflet au second temps, avec continuation de ce bruit dans l'aorte ascendante et dans les carotides; battemens visibles de celles-ci; pouls plein et rebondissant. Accès d'oppression et de dyspnée suffocante, de temps à autre, etc. — Mullier, avant de m'avoir pour médecin, avait été beaucoup saigné. Quant à moi, ce n'est que rarement, et non pas de mon plein gré, mais plutôt par complaisance, que je lui faisais appliquer des sangsues, toujours en assez petit nombre. La digitale et les opiacés le soulageaient immanquablement dans les exacerbations des palpitations et de la dyspnée. — La mort ne fut pas précédée d'une hydropisie générale; il y eut seulement, quelques jours auparavant, un œdème considérable des pieds, des jambes, et de la partie interne des cuisses.

Autopsie (faite en ma présence par M. le docteur Palouillet). — Cœur d'une grosseur énorme, d'une grosseur bovine (on n'a pu jamais le dire à meilleur droit). Adhérences péricarditiques, la plupart anciennes, — mais quelques unes de fraîche date, et à titre d'épiphénomène ultime. Hypertrophie des parois cardiaques, médiocre à droite, mais excessive à gauche. Insuffisance des valvules aortiques, constatée en versant de l'eau par l'aorte suivant la méthode que nous verrons ci-après. (1179. A.) En effet, sur ces trois valvules, il y en a deux qui se trouvaient considérablement altérées : l'une, épaissie, surtout sur son bord libre, et, de plus, raccourcie comme si elle se fût retirée, et, pour ainsi dire, recoquillée vers son bord adhérent ; l'autre, chargée d'une incrustation osseuse de trois à cinq millimètres de saillie.

nouement fatal survenir en moins de trois ans. De plus, l'énergie contractile du cœur est, assurément, jusqu'à un certain point la sauvegarde du malade : tant qu'elle résiste dans la mesure convenable, il n'y a pas lieu de craindre une catastrophe prochaine. Mais il n'en est plus de même lorsque le cœur vient à faiblir, et qu'il se laisse engorger et distendre à l'excès par le reflux du sang, ou bien, encore, lorsque l'hypertrophie de ce viscère atteint un énorme degré d'accroissement. Au surplus, il est évident qu'il doit y avoir certains cas, mais fort rares sans doute, dans lesquels l'insuffisance valvulaire, tout-à-coup produite à un degré excessif, sévisse à titre de maladie aiguë, et fasse mourir très rapidement : c'est ce qui peut surtout arriver lorsqu'elle est l'effet d'une endocardite ou d'une rupture.

D. *Terminaison :* inévitablement mortelle. M. Corrigan s'était cru en droit d'avancer que jamais l'insuffisance des valvules aortiques n'avait pour effet d'occasionner une mort subite. Mais, en vérité, je ne m'aperçois pas qu'il ait eu d'autre raison d'émettre cette assertion, sinon que, quant à lui, il n'avait pas vu arriver un tel événement. Raison bien peu péremptoire, bien faible, — bien peu digne, il faut le dire, d'un savant tel que le professeur de Dublin. Mais, par exemple, ce que n'avait pas vu M. Corrigan, — aujourd'hui M. Aran, au contraire, nous assure l'avoir vu.

1179. *Remarques anatomiques.* — A. Voici comment, à l'autopsie, il est facile de reconnaître et de démontrer l'insuffisance des valvules aortiques : détachez le cœur avec l'aorte, en ayant préalablement coupé celle-ci au niveau de sa première courbure ; ouvrez par une excision transversale le sommet du ventricule gauche, puis versez de l'eau dans l'aorte ; le liquide s'écoule alors dans le ventricule, ce qui ne doit point avoir lieu à l'état normal. On peut, d'ailleurs, se convaincre par l'inspection directe que les valvules baissées laissent entre elles un écartement plus ou moins grand. Quant à s'assurer si les valvules avaient pendant la vie la mobilité requise pour offrir un libre passage au sang projeté par la systole, rien de plus simple à bien constater, avant d'avoir ouvert et fendu le ventricule dans toute sa longueur ; il ne s'agit que d'introduire le doigt par l'ouverture faite au sommet de cette cavité, et de là dans l'aorte ; car, de cette manière, on sent parfaitement si les valvules se relèvent sans difficulté et avec toute l'aisance convenable.

B. Maintenant entre les diverses altérations anatomiques par suite desquelles l'appareil valvulaire de l'orifice aortique se trouve frappé d'insuffisance, signalons principalement celles qui suivent :

α. L'un des cas les plus fréquens est la *transformation cartilagineuse ou osseuse des valvules.* Mais il ne faut pas que cette hétérotrophie soit bornée à leur bord libre ou à leur base ; on comprend fort aisément que si leur partie moyenne reste saine, c'en est encore assez pour empêcher

le reflux du sang; et, d'ailleurs, c'est là un fait dont M. Aristide Guyot s'est assuré par expérience. Il ne faut pas non plus que la matière calcaire ait imprégné les valvules tout entières au point d'en faire une sorte de plancher immobile, au centre duquel il n'y ait qu'un étroit passage toujours béant : car ce rétrécissement permanent de l'orifice aortique donne lieu à des symptômes autres que ceux qui caractérisent la simple insuffisance de l'appareil valvulaire sans cessation du jeu alternatif d'élévation et d'abaissement.

6. Bien des fois, il n'y a qu'un *simple état d'induration et d'épaississement du tissu valvulaire*, sans doute par suite d'un travail phlegmasique. Quoi qu'il en soit, cet état-là se montre évidemment propre à déranger, à enrayer le jeu des valvules, ni plus ni moins que ne le fait leur ossification.

γ. Dans quelques cas, on voit une *destruction partielle d'une ou plusieurs valvules*. Tantôt, par exemple, c'est seulement le bord de la valvule qui se trouve détruit, échancré, déchiqueté ; tantôt la valvule est toute trouée çà et là, et entièrement convertie en une sorte de réseau perméable au sang. Voilà ce que M. Corrigan (*loc. cit.*), entre autres observateurs, a bien reconnu et bien décrit. Une semblable destruction est-elle toujours le résultat d'une ulcération, ou bien peut-elle se faire par simple atrophie sans aucune suppuration ? Question indécise et sujette à controverse.

δ. Rappelons qu'il peut y avoir *rupture d'une ou plusieurs valvules* (1174). Et, par exemple, M. Beau, dans son *Mémoire sur les mouvemens du cœur*, nous a fait connaître un cas remarquable d'insuffisance par rupture de deux valvules aortiques.

ε. Enfin, un *anévrisme aortique qui s'étend jusqu'à l'orifice du ventricule* peut, sans aucune altération de structure ou de texture des valvules, mettre celles-ci hors d'état de se rapprocher exactement et d'accomplir leur rôle ; car, à moins de supposer que les valvules s'agrandissent et acquièrent des dimensions proportionnées à la dilatation de l'aorte, force est bien de reconnaître qu'il doit y avoir alors une sorte de maladie double, une fâcheuse coexistence de deux affections graves, anévrisme aortique et insuffisance valvulaire.

C. Excepté quelques cas, assurément fort rares, où l'insuffisance des valvules aortiques aura déterminé la mort en peu de temps (1178. C.), la règle est que l'autopsie constatera, en coexistence avec cette insuffisance, une hypercardiotrophie. Celle-ci est, je le répète, une conséquence nécessaire de l'excès d'action que provoque le reflux du sang. Mais, du reste, elle doit présenter et présente, en effet, bien des variétés suivant le degré du reflux, et suivant la constitution de l'individu. Toujours est-il qu'elle affecte surtout le ventricule gauche : entre

cent autres exemples, j'ai sous la main et je me borne à rappeler ici celui de Mullier (1178. C.)

1180. *Étiologie.* — Fort obscure, ou, pour mieux dire, en ce qui concerne du moins le plus grand nombre des cas, complétement muette, complétement nulle.

A. Des observations publiées jusqu'à ce jour, il semblerait résulter que le sexe le plus sujet à être atteint d'insuffisance des valvules aortiques est le sexe masculin. Par exemple, sur les onze cas que M. Corrigan a observés, deux seulement se sont rencontrés dans le sexe féminin. Sur les huit cas rassemblés par M. Aristide Guyot, il n'y a eu non plus que deux femmes. Mais qui sait si les observations à venir donneront des résultats analogues? Ce que nous admettrons plus volontiers comme un principe dès à présent démontré et irrévocablement acquis à la science, c'est que l'enfance et l'adolescence sont des âges fort peu exposés à la maladie dont il s'agit. Ainsi, des onze malades de M. Corrigan, le plus jeune avait vingt ans. Sur les huit cas de M. Guyot, sept se montrèrent passé trente-cinq ans, et un seul à l'âge de vingt-quatre ans.

B. C'est dans un très petit nombre de cas seulement que les observateurs ont pu apercevoir quelque cause occasionnelle à laquelle l'origine de l'insuffisance valvulaire ait paru devoir être imputée. Chez tel malade, par exemple, il est permis d'accuser la circonstance d'un coup sur la région précordiale : voyez, dans la thèse de M. Guyot, l'observation I[re] ; et, dans le traité de Hope, le cas du soldat Henri Macearl. Chez tel autre, c'est à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, avec palpitations survenues durant son cours, qu'ont apparu les symptômes de l'insuffisance valvulaire, due, sans doute, en pareil cas, aux altérations causées par une endocardite. Exemples : la III[me] observation de M. Guyot, le cas de John Copas dans le livre de Hope, et le cas à l'égard duquel M. Corrigan mentionne l'évidente coexistence d'une péricardite avec le rhumatisme. Enfin, une *inflammation de poitrine*, au dire de quelques uns des malades de M. Corrigan, avait été le point de départ des accidens cardiopathiques : était-ce encore là l'endocardite, soit seule, soit liée à la péricardite, ou à la pleurésie, ou à la pneumonie, etc.?

1181. *Diagnostic.* — Il n'y a pas d'autre maladie que la maladie de Corrigan qui puisse donner lieu à la réunion permanente des trois symptômes ci-dessus posés comme symptômes caractéristiques. (1178. A.)

Les bruits de soufflet qui se font souvent entendre dans les artères des chlorotiques, des hystériques, des hypocondriaques, et qui coïncident quelquefois avec des pulsations artérielles très fortes, pourront-ils induire en erreur, et faire croire à l'insuffisance valvulaire? Une sem-

blable méprise est peu à craindre. Et voici pourquoi : 1° il est rare que, chez de telles personnes, le bruit de soufflet existe en même temps dans l'aorte, dans les deux carotides et les deux sous-clavières, mais le plus ordinairement il est borné à l'un de ces troncs ; 2° il est encore bien plus rare que ce bruit soit permanent, et qu'il dure des mois et des années entières, de manière à justifier le diagnostic d'un vice organique ; mais, au contraire, il est, en général, singulièrement instable, et sujet à disparaître par intervalles ; 3° en général, aussi, il varie de caractère d'un jour à l'autre, voire même d'heure en heure, de manière à imiter tantôt un sifflement, — tantôt un hurlement, — tantôt le ronflement de va-et-vient du jouet connu sous le nom de diable, — tantôt une mélodie musicale, parfaitement susceptible, à ce qu'assure Laënnec, d'être représentée par diverses notes d'un ton et d'une valeur précise ; 4° quand il est simple, quand il n'est pas continu, mais interrompu par autant de silences que le pouls a de battemens, il est toujours, à ce que j'ai cru voir du moins, synchrone au pouls, et correspond ainsi à la systole ventriculaire, au lieu de correspondre, comme le murmure produit par l'insuffisance des valvules aortiques, au second temps du mécanisme cardiaque ; 5° enfin, à la région précordiale, l'auscultation retrouve distinctement les deux bruits du tictac. A tout cela, certainement, on peut déjà fort bien reconnaître ce qu'il en est, sans compter que l'examen général et complet du malade ne manque guère de lever tous les doutes.

Dans l'article suivant (art. VIII), nos lecteurs verront bien quelles différences essentielles existent, sous le rapport de la symptomatologie, entre la simple insuffisance des valvules aortiques et le rétrécissement de l'orifice de même nom, rétrécissement auquel un certain degré d'insuffisance est toujours et nécessairement inhérent, mais par où le reflux est d'autant moins considérable, d'autant plus insignifiant que l'orifice conserve moins d'étendue, et que le sang éprouve plus de difficulté à sortir du ventricule. Ils verront bien quelle impossibilité il y a de s'y méprendre et de confondre avec ce rétrécissement l'insuffisance proprement dite.

En cas d'anévrisme de la crosse aortique ou du tronc innominé, il peut y avoir, sans doute, des battemens visibles de la part des artères carotides et temporales, avec un bruit de soufflet dans ces mêmes artères et derrière la partie supérieure du sternum : mais ce bruit de soufflet est synchrone au pouls; mais le second bruit du cœur pourra se montrer parfaitement normal. En somme, — les pulsations de toutes les artères subjacentes aux tégumens fussent-elles manifestement visibles, accompagnées d'un fort soulèvement de la peau, et douées d'un caractère rebondissant, — si le second bruit du tictac continue cependant d'être distinct et normal, je crois permis d'affirmer que les valvules

sigmoïdes sont en bon état : c'est ce que, par exemple, M. Aristide Guyot a vérifié à l'autopsie d'un malade mort de pneumonie dans le service de M. Rayer, et qui avait présenté cet aspect particulier des pulsations artérielles.

M. le docteur Henderson (*op. cit.*) s'est imaginé avoir découvert un nouveau signe de l'insuffisance des valvules aortiques. Et ce signe, quel serait-il ? Un trop long intervalle de temps entre le choc du cœur et le pouls des artères éloignées, — de la radiale, par exemple. Chez les sujets de quatre observations que M. Henderson rapporte, le pouls de la radiale, nous dit-il, n'était point isochrone au choc du cœur, mais ne présentait ses battemens qu'au milieu de l'intervalle qui sépare les deux bruits du tictac. Mais, quoi qu'en dise M. Henderson, qui a cru observer là quelque chose de particulier et d'exclusivement propre à l'insuffisance des valvules aortiques, il n'y a rien là d'extraordinaire, rien d'anomal. C'est ce qui a réellement lieu chez tous les hommes tant dans l'état de santé que dans l'état de maladie. Croire à un parfait synchronisme du pouls avec le choc du cœur contre la paroi thoracique, — croyance trop légèrement admise par nos devanciers, — ce n'est, en vérité, qu'un préjugé erroné qui commence enfin à se déraciner. Car une observation sévère en fait justice. Le pouls n'est pas simultané au choc du cœur, il ne bat qu'un instant après : voilà qui est positif, n'importe comment il faille maintenant expliquer le fait.

Lors même que les pulsations artérielles ne seraient point visibles, lors même qu'elles ne présenteraient point au tact de l'observateur un caractère très manifeste de plénitude et de rebondissement, est-il permis, sur la seule présence d'un bruit de soufflet fixe et permanent qui remplace le second bruit du cœur, et qui se continue dans le trajet de l'aorte, d'établir encore le diagnostic de l'insuffisance des valvules aortiques ? M. Aristide Guyot, qui s'est posé cette question, l'a résolue affirmativement (*loc. cit.*). Et, pour ma part, je ne suis pas éloigné de souscrire à une telle opinion.

1182. *Pronostic.* — Il est nécessairement mortel, hormis peut-être le cas où l'insuffisance des valvules aortiques ne serait par hasard que l'effet passager d'une endocardite aiguë susceptible d'aboutir à résolution et à guérison complète. Abstraction faite de ce cas, peut-être inouï jusqu'ici, peut-être purement hypothétique, les altérations valvulaires qui produisent l'insuffisance sont décidément irréparables et tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art. On ne saurait plus avoir d'autre but, d'autre espérance que de prolonger le plus possible les jours du malade.

1183. *Thérapeutique.* — Que faire donc contre l'insuffisance bien confirmée des valvules aortiques ?

A. Ne semblerait-il pas qu'on dût pratiquer de larges et abondantes

saignées? Ne semblerait-il pas que la fréquence, la plénitude et le rebondissement du pouls fussent là autant de motifs impérieux pour mettre en œuvre cette médication? Eh bien, non. Nous avons remarqué plus haut que l'énergie contractile du cœur est, en pareil cas, la sauve-garde du malade; que l'hypercardiotrophie est une ressource salutaire de la nature pour lutter contre les dangers de l'insuffisance valvulaire. Gardons-nous donc d'agir aveuglément en sens contraire par l'emploi inconsidéré des saignées et d'un régime peu nourrissant. Ainsi que M. Corrigan, ainsi que M. Aristide Guyot, je puis affirmer avoir vu moi-même bien des fois, à la suite de la saignée, une augmentation notable de la dyspnée, une vive exaspération du sentiment de constriction précordiale. Faites-vous donc une règle de ne pas saigner : bien entendu que vous y ferez exception, s'il survient quelque phlegmasie aiguë qui menace la vie du malade, si même il y a seulement pléthore, mais pléthore évidente, et qui contribue manifestement à rendre plus intenses les symptômes de l'insuffisance valvulaire. Plutôt que d'adopter un système aussi dangereux qu'erroné de médication débilitante, corroborez, s'il le faut, la constitution, et, au besoin, prescrivez même une nourriture analeptique. Laissez, d'ailleurs, le malade à ses occupations habituelles, à moins qu'elles ne le soumettent à des influences par trop débilitantes ou qu'elles n'exigent de lui de trop grands et trop fréquens efforts. Entre autres exemples à l'appui de notre méthode de traitement, je citerai une des observations de M. Corrigan, celle où il s'agit d'un homme qui s'était soumis avec le plus héroïque courage à la médication débilitante la plus rigoureuse, et de laquelle on ne se départit que lorsqu'on crut la mort imminente : dès lors cessèrent les symptômes les plus pénibles; puis un traitement contraire répara les forces, et permit au malade de reprendre toutes ses occupations; ce malade vivait encore à l'époque de la publication du mémoire de M. Corrigan.

B. En serait-il de la digitale comme de la saignée? Et faudrait-il aussi proscrire l'emploi de ce médicament? La digitale, par sa propriété de ralentir les mouvemens du cœur, ne va-t-elle pas à l'encontre des efforts salutaires que la nature elle-même oppose à l'insuffisance valvulaire? M. Corrigan n'hésite pas à résoudre cette question par l'affirmative, et son opinion a été complétement adoptée par M. Aristide Guyot. Le professeur de Dublin dit avoir observé que la digitale rendait la respiration laborieuse, le pouls intermittent, et qu'elle augmentait l'hydropisie. Quant à moi, je dois déclarer que je n'ai jamais rien vu de pareil; et que, chez Mullier (1178. C.), par exemple, ce fut bien des fois la digitale qui me servit à calmer les paroxysmes du mal.

C. Un point sur lequel tous les observateurs tombent d'accord, c'est que l'opium est le meilleur moyen de réprimer ou du moins de modérer

les quintes de toux et les accès de suffocation qui surviennent assez fréquemment dans le cours de la maladie dont il s'agit.

1184. *Quelques mots à titre d'appendice concernant l'insuffisance des autres valvules, et particulièrement des valvules mitrales.* — Ce ne sont pas seulement les valvules aortiques qui peuvent devenir insuffisantes. Il est naturel de prévoir, et l'expérience démontre que les autres appareils valvulaires du cœur sont sujets aussi à contracter la même incapacité. Valvules mitrales, valvules tricuspides, valvules sigmoïdes droites, toutes présentent plus ou moins fréquemment, dans les investigations nécroscopiques, les altérations variées de structure et de texture qui ont pour résultat commun de produire l'insuffisance de ces soupapes. Indurations phlegmasiques, transformations cartilagineuses ou osseuses, raccourcissement atrophique, destruction réticulaire ou cribriforme, etc., tout y a été rencontré par divers observateurs.

Mais, d'abord, à l'égard des valvules du cœur droit, hâtons-nous d'ajouter que leurs altérations anatomiques, et partant leurs insuffisances, sont rares. Soit que la rareté des observations n'ait pas permis jusqu'ici d'acquérir des lumières réservées peut-être à la science à venir, soit que la nature même des choses rende à tout jamais le diagnostic nécessairement obscur et équivoque, toujours est-il qu'en bonne conscience nous ne pouvons assigner à ces insuffisances-là une symptomatologie vraiment spéciale et vraiment caractéristique, comme nous l'avons fait pour l'insuffisance des valvules aortiques. Il va sans dire, au surplus (car tous nos lecteurs doivent assurément le prévoir), — que l'insuffisance des valvules tricuspides ne peut manquer d'avoir pour effet l'hypertrophie ou l'anévrisme de l'oreillette droite ; et l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, l'hypertrophie ou l'anévrisme du ventricule droit, et, la plupart du temps aussi, de l'oreillette correspondante : tout cela conformément aux lois pathogéniques plus haut reconnues concernant l'excès de nutrition et de dilatation du cœur (720 — et 1165). La théorie, en outre, nous apprend qu'il doit y avoir un bruit de soufflet pendant le reflux, c'est-à-dire au premier temps du tic-tac, dans l'insuffisance des valvules tricuspides ; et, au second temps, dans celle des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Enfin, l'insuffisance des valvules tricuspides, une fois poussée à son plus haut degré, a bien un symptôme, mais un seul qui la dénonce indubitablement ; car alors le reflux du sang veineux va jusqu'au point de présenter dans les jugulaires externes un pouls pareil au pouls artériel, un pouls dit jugulaire ou veineux (717). Ne manquons pas d'ajouter que c'est là un phénomène qui ne se fait observer que chez quelques sujets parvenus à la période ultime d'une affection organique du cœur ; qu'en règle à peu près universelle, l'insuffisance des valvules tricuspides n'est

pas là le mal essentiel et primitif, mais une conséquence toute mécanique et toute passive d'un degré considérable d'hypertrophie excentrique, ou bien d'anévrisme proprement dit du ventricule droit, les valvules n'étant point altérées en elles-mêmes, mais insuffisantes par cela seul que l'orifice auriculo-ventriculaire s'est énormément agrandi.

Quant à l'insuffisance mitrale, elle va de pair, assurément, sous le rapport de la fréquence, avec l'insuffisance des valvules aortiques : c'est là un point d'anatomie pathologique en dehors de toute controverse. Comme l'insuffisance des valvules aortiques, l'insuffisance mitrale paraît être bien des fois le fond et l'essence de la maladie, et, pour ainsi dire, le premier anneau de la chaîne des accidens cardiopathiques. Mais il s'en faut qu'elle ait, comme celle-là, une symptomatologie bien tranchée et tout-à-fait propre à autoriser un diagnostic très affirmatif. Ce n'est pas qu'en théorie certains auteurs se fassent le moindre scrupule de tracer une séméiotique soi-disant infaillible de l'insuffisance mitrale. Mais, au lit du malade, force vous sera bien, la plupart du temps du moins, de ne formuler vos jugemens en ce genre qu'avec la plus grande réserve, et à titre de conjecture plutôt qu'autrement, si vous ne voulez pas avoir trop souvent à rougir devant les démentis de la nécroscopie. Force vous sera, je le répète, d'avoir cette circonspection et cette modestie de diagnostic, fussiez-vous habile entre les habiles, eussiez-vous l'ouïe la plus subtile et la plus exercée à l'auscultation des bruits du cœur. Ainsi Hope, par exemple, — Hope, l'un des princes de la pathologie cardiaque, si même il n'est pas le premier entre tous, — quel diagnostic avoue-t-il avoir porté dans un cas où l'autopsie devait plus tard démontrer l'existence d'une insuffisance des valvules mitrales, avec un état parfaitement sain de toutes les autres valvules? (*Op. cit.*, observ. XIX.) Il s'agit d'une femme qui offrait, à ce qu'il nous rapporte, tous les symptômes d'une hypercardiotrophie excentrique ou anévrismatique, avec bruit de soufflet au premier temps. Eh bien, en ce qui concerne l'insuffisance valvulaire, il n'énonça son diagnostic que d'une façon conditionnelle et restrictive : « Le bruit de soufflet, disait-il, est » dû au reflux du sang par l'orifice auriculo-ventriculaire, *s'il n'y a pas* » *maladie des valvules aortiques.* » A l'ouverture du cadavre, on trouva que le cœur, hypertrophié comme on l'avait déjà reconnu sur le vivant même, avait toutes ses valvules saines, excepté les valvules mitrales, dont le bord libre était épaissi et cartilagineux, et dont les tendons étaient tellement raccourcis qu'ils se trouvaient dans l'impossibilité de s'abaisser complétement pour clore l'orifice auriculo-ventriculaire. Certes, voilà bien un très beau cas, un cas très tranché et très simple d'insuffisance mitrale ; et, cependant, je le répète, le diagnostic de Hope ne fut que conditionnel et conjectural.

Ces remarques une fois faites pour prévenir l'esprit de nos lecteurs contre l'exagération des prétentions séméiologiques de quelques uns de nos contemporains, il me paraît convenable, néanmoins, de signaler les symptômes principaux que fait naître l'insuffisance mitrale, et qui peuvent servir, sinon à la caractériser avec une entière évidence, du moins à la faire soupçonner avec plus ou moins de vraisemblance. Les voici donc en très peu de mots : — Palpitations; oppression précordiale; dyspnée; toux; pouls petit et mou, ou du moins plus faible que ne semblerait le comporter l'impulsion du cœur; peut-être bruit de soufflet au premier temps (je dis peut-être; car ce signe, quoique assez unanimement admis aujourd'hui, est révoqué en doute par M. Beau, qui ne le considère pas comme péremptoirement établi par l'observation, mais comme posé, *à priori*, d'après la théorie de la nature valvulaire des bruits de tic-tac; chez certains sujets, non pas chez tous, des syncopes, et quelquefois même la mort subite par le fait d'un semblable accident; le plus ordinairement, anasarque, ascite et autres phénomènes d'hydropisie avant le fatal dénouement. Il va sans dire, d'ailleurs, que l'insuffisance mitrale ne peut moins faire que d'entraîner, soit l'hypertrophie, soit l'anévrisme de l'oreillette gauche (720 — et 1165), selon les prédispositions particulières de l'individu donné. Et, même, dans la plupart des cas, c'est une hypercardiotrophie générale qui se produit par suite de la lutte naturelle du cœur contre le reflux du torrent circulatoire. Ai-je besoin, maintenant, de remarquer que s'il est à peine permis au diagnostic d'affirmer l'existence de l'insuffisance mitrale, à bien plus forte raison la nature particulière de l'altération anatomique qui constitue cette insuffisance reste toujours inconnue et impénétrable sur le vivant? Ignorance fort peu déplorable, après tout. Qu'importe, en effet, de distinguer, là où l'impuissance de la thérapeutique est la même pour tous les cas?

ARTICLE VIII.

RÉTRÉCISSEMENT DES ORIFICES DU COEUR.

1185. *Bibliographie.* — MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*). Epist. XVII, art. 12-13. — « Une jeune fille qui depuis sa nais-» sance avait toujours été malade et alitée, surtout à cause de » l'extrême langueur des forces, avait la respiration haletante, et » la peau tout entière teinte, pour ainsi dire, d'une couleur li-» vide; enfin, lorsqu'elle fut parvenue à l'âge d'environ seize ans, » elle mourut. — Elle présenta un cœur petit, et dont la pointe » était comme arrondie. Le ventricule gauche avait la forme qui

» est ordinairement celle du droit. Et réciproquement le droit » avait celle du gauche ; quoique plus large que celui-ci, il avait » pourtant des parois plus épaisses. L'oreillette droite, pareille- » ment, était deux fois plus grande que la gauche, et deux fois » plus charnue. Le TROU OVALE était encore ouvert de manière à » admettre le petit doigt. Des trois valvules tricuspides, l'une avait » sa grandeur naturelle ; les deux autres étaient plus petites qu'il » ne faut. Les VALVULES SIGMOIDES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE » étaient saines à la base, mais paraissaient cartilagineuses vers » leur bord, et même avec un point d'ossification ; et elles se trou- » vaient là liées entre elles de telle façon qu'elles LAISSAIENT A » PEINE UN TROU GRAND COMME UNE LENTILLE, par où le sang pût » sortir.......... »

LIEUTAUD. — (*Hist. anatomico-med.*) Lib. II, sect. II, art. 17, *Valvulæ cordis osseæ vel lapideæ;* — art. 18, *Valvulæ invicem annexæ.*

CORVISART. — Ouvrage déjà cité (599) : — IIIe classe. — Là, se livrant à l'étude des endurcissemens et des ossifications valvulaires, Corvisart dit (art. II, § 1er) : « Le point de vue le plus intéressant » sous lequel on puisse considérer ces endurcissemens est le ré- » trécissement qu'ils occasionnent presque constamment dans » l'orifice qui en est affecté. » — Le point de vue de l'insuffisance valvulaire n'avait pas encore été distingué et posé dans la science avec toute l'importance qu'il a réellement.

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscultat.*). IIIe partie, section II, chap. 17, *De l'endurcissement cartilagineux et osseux des valvules du cœur.*

HOPE. — Passage déjà cité (1175).

BOUILLAUD. — Ouvrage déjà cité (46. F. ε.). — IIe partie, classe III, chap. II, art. 2, *Rétrécissement des cavités et des orifices du cœur.*

LITTRÉ. — Article déjà cité (1175).

BRIQUET. *Mémoire sur le diagnostic du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* (Dans les *Archives*, août 1836.)

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXVIII, planche IV, fig. 2 et 2′, *Rétrécissement de l'orifice artériel du ventricule droit, hypertrophie de ventricule ;* — planche V, *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.*

BEAU. — Article déjà cité (1175).

— *Nouvelles recherches sur les mouvemens et bruits du cœur, et examen critique des principaux travaux qui ont été publiés sur ce sujet.* (Deuxième article. — Dans les *Archives*, août 1841.)

PIORRY. — (*Tr. de méd.*) T. II, Ire section, chapitre IV, *Cardio-sténosies.*

FAUVEL. *Mémoire sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur.* (Dans les *Archives*, janvier 1843.)

1186. *Coup d'œil général.* — Tous les orifices du cœur sont sujets au rétrécissement ; et, dans certains cas, ce rétrécissement va jusqu'à réduire le diamètre de l'orifice à la largeur d'une lentille, ou même d'un tuyau de plume, ou même moins encore. Inutile de remarquer qu'il ne peut jamais aboutir à une occlusion complète; car une telle occlusion, pour se former et se consolider, exigerait infiniment plus de temps qu'il n'en faut à l'interruption de la circulation pour éteindre la vie sans retour.

Mais, disons-le sur-le-champ, autant sont communs les rétrécissemens des orifices du cœur gauche, autant ceux des orifices du cœur droit sont-ils rares. Pour un de ceux-ci, par exemple, vous rencontrerez au moins vingt de ceux-là dans le cours ordinaire de la pratique. Aussi doit-on peu s'étonner que le diagnostic, encore si difficile et si obscur à l'égard des premiers, soit resté jusqu'ici, à l'égard des seconds, une énigme à peu près indéchiffrable.

On prévoit sans peine que les rétrécissemens des orifices cardiaques doivent présenter bien des variétés sous le rapport des altérations de structure ou de texture qui les constituent; qu'ils doivent être un résultat commun à des vices valvulaires de nature et de formes très différentes. Le plus ordinairement, ils sont dus à l'hétérotrophie cartilagineuse ou osseuse des valvules, qui, changées par là en une sorte de diaphragme immobile ou peu s'en faut, ne laissent plus au sang qu'une issue plus ou moins étroite. D'autres fois, c'est par une induration du tissu valvulaire que le mal se trouve constitué. Quelquefois, mais rarement, ce sont des végétations, des excroissances, qui obstruent l'orifice ; et, par parenthèse, lorsque de telles végétations ont un pédicule plus ou moins grêle, plus ou moins flexible, qui leur permet pour ainsi dire de flotter çà et là, il se peut faire que le rétrécissement n'ait réellement lieu que d'une manière intermittente, et que nous observions, par conséquent, une intermittence singulière de certains symptômes particulièrement propres à dénoncer ce rétrécissement.

Comme nous nous faisons toujours un devoir de relever les erreurs qui, sous la protection d'un grand nom, et par l'autorité inhérente aux livres admirables où elles se sont glissées, pourraient avoir usurpé la place de la vérité dans l'esprit de la studieuse jeunesse à laquelle notre ouvrage est destiné, — ne manquons pas de noter que l'illustre auteur de

l'*Anatomie générale* eut le tort de considérer la transformation cartilagineuse et les ossifications comme des accidens qui appartinssent uniquement à la membrane interne des cavités gauches du cœur, et à l'égard desquels la membrane interne des cavités droites possédât une immunité absolue. Je le répète, les rétrécissemens des orifices du cœur droit, soit par ossification valvulaire, soit autrement, sont rares; et c'est ce qui explique, et, jusqu'à un certain point, excuse l'erreur de Bichat. Mais enfin ils existent : ils avaient été signalés avant l'époque de Bichat; et, depuis cette époque, ils ont été maintes fois retrouvés.

Peu importe, il faut le dire, la nature particulière des altérations anatomiques par le fait desquelles un orifice cardiaque est plus étroit qu'il ne convient au libre accomplissement de la circulation. Le point capital, essentiel, seul ou à peu près seul digne d'intérêt sous le rapport symptomatologique, c'est le rétrécissement même, ce vice de canalisation sous le nom duquel viennent naturellement se résumer et se confondre tant d'altérations de nature diverse, comme nous en avons vu se confondre et se résumer sous le nom de l'insuffisance valvulaire, ou sous celui de l'occlusion intestinale, etc.

Parmi les divers cas de rétrécissement des orifices cardiaques, il y en a où la maladie se montre congéniale : mais c'est là une exception. Dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement est une maladie acquise, et même, ajoutons-le tout de suite, une maladie très rare dans l'enfance et la jeunesse, moins rare dans l'âge mûr, et commune, au contraire, dans la vieillesse.

Quel rôle l'endocardite a-t-elle par rapport au rétrécissement des orifices cardiaques? A Dieu ne plaise que nous ne lui reconnaissions pas une certaine part dans la production de ces rétrécissemens! C'est par elle, je n'en doute pas, que plusieurs d'entre eux prennent origine. Mais nous ne pouvons croire, par exemple, que l'hétérotrophie cartilagineuse et osseuse des valvules, qui est, comme je viens de le dire, la cause la plus ordinaire des rétrécissemens, ait absolument besoin d'un travail préalable d'inflammation pour naître et se développer. Nous ne voyons là, en règle générale du moins, qu'un pur et simple vice de nutrition ; d'autant que l'aptitude au développement de ces cartilaginifications et ossifications valvulaires se manifeste surtout en raison des progrès de l'âge. Au reste, c'est bien là un sujet de controverses oiseuses, et sur lequel je me garderai d'insister davantage. Car supposons que, sur un individu donné, l'endocardite vienne à se déclarer et à sévir avec des formes symptomatiques qui la fassent sur-le-champ reconnaître, il est trop clair que nous devons la combattre avec toute l'énergie possible. Est-ce, au contraire, d'une façon sourde et latente qu'elle arrive et qu'elle imprime aux valvules de graves et irremédiables altérations :

l'art n'a malheureusement pas à intervenir, à déployer sa puissance contre un mal qui passe inaperçu.

Quoi qu'il en soit, au surplus, examinons un peu quels sont les effets, quelles sont les conséquences du rétrécissement des orifices cardiaques.

Et d'abord on n'a qu'à se rappeler l'étiologie de l'hypertrophie et de l'anévrisme du cœur (720 et 1165). Je n'ai donc pas besoin d'insister de nouveau sur cette loi pathogénique, à savoir que, par suite d'un degré tant soit peu considérable de rétrécissement de l'un des orifices cardiaques, l'hypertrophie ou l'anévrisme, selon la prédisposition particulière de l'individu donné, doit affecter spécialement, en se développant d'ailleurs avec plus ou moins de rapidité, les cavités situées en arrière, ou mieux encore, comme je l'ai déjà dit, en amont de l'orifice rétréci ; sans compter même que le plus ordinairement il y a une hypercardiotrophie générale, dont on rend fort bien compte en l'attribuant à l'influence des palpitations fréquentes qu'aura provoquées la gêne de la circulation. De là, en définitive, divers symptômes que nos lecteurs n'ont sans doute pas oubliés, et que je ne crois point à propos de retracer ici : aussi bien peut-on, au besoin, relire la symptomatologie de l'hypertrophie et de l'anévrisme du cœur (717 -- et 1165).

Un symptôme qui mérite véritablement d'être ici noté à part, c'est le frémissement cataire (46. F. ε.), phénomène que Corvisart, le premier, a reconnu et proclamé, et qu'il a considéré comme un des signes les plus sûrs du rétrécissement de l'un quelconque des orifices cardiaques. Non pas, certes, qu'un semblable phénomène appartienne exclusivement au rétrécissement de ces orifices, et qu'il ne puisse se produire quelquefois dans d'autres circonstances, et même sous une influence purement névropathique ; mais toujours est-il qu'il ne se montre guère d'une façon continue et durable, si ce n'est dans le cas d'un très haut degré de rétrécissement.

Enfin, la théorie prévoit et l'observation paraît démontrer que, durant le moment où le sang passe à travers l'orifice rétréci, un bruit de frottement peut se faire entendre, en différens modes, selon le cas : tantôt bruit de soufflet, — tantôt bruit de scie ou de râpe, etc., — tantôt bruit musical (46. F. ε.). Mais ce bruit anomal, à quel temps du tic-tac correspond-il précisément, suivant que le rétrécissement affecte tel ou tel orifice, un orifice ventriculo-artériel ou un orifice auriculo-ventriculaire ? Voilà la question en litige, voilà le problème vivement controversé. L'observation n'a pas encore, ce me semble, dit son dernier mot là-dessus ; elle n'a pas encore prononcé en dernier ressort entre les solutions différentes posées, ou, disons mieux, proposées par les différentes théories des bruits cardiaques. Ainsi, par exemple, d'après les

théories qui ont eu jusqu'ici, il faut le dire, le plus de faveur et de crédit dans le monde médical (théories de Hope, de M. Rouanet, etc.), le bruit de soufflet, en cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire, aurait lieu au second temps, tandis qu'au contraire, d'après la théorie de M. Beau, il doit précéder de très peu le premier bruit normal et le masquer; et, notons-le sur-le-champ, il semble qu'à l'égard de ce point-là, l'observation, comme nous allons le voir tout-à-l'heure, donne pleinement raison à M. Beau, ce qui n'est pas un des moindres argumens à l'appui de la théorie de ce savant médecin, quoique fort contredite et peu accréditée jusqu'à présent.

Dans certains cas où le rétrécissement n'existe qu'à un degré médiocre, il se peut fort bien, surtout chez les vieillards, que la santé n'éprouve pas de grandes perturbations, que ni l'hypertrophie ni l'anévrisme ne se mêlent de la partie, et que la vie ne soit pas du tout mise en danger. C'est ce que M. Beau, par exemple, assure avoir observé (*Étud. cliniques sur les mal. des vieillards.* Troisième article. — Dans le *Journ. de méd. de MM. Fouquier*, *Trousseau*, *Beau*, etc., nº de déc. 1843, — p. 359.) « On voit souvent, » dit-il, « des vieillards affectés de » rétrécissement des orifices qui ne se plaignent que de dyspnée et de » palpitations. Ils ont, du reste, bon appétit, bon teint, dorment bien, » et ne présentent aucune apparence d'hydropisie. Ces cas sont au moins » aussi communs que ceux qui se compliquent d'hydropisie. » Et en ce point, M. Beau est d'accord avec plusieurs autres observateurs. Mais, outre cela, il va jusqu'à dire que, dans la jeunesse même, les choses pourraient bien quelquefois se passer ainsi.

Inutile sans doute de noter que,— si le rétrécissement, au contraire, est considérable, — si, considérable ou non en lui-même, il provoque le développement progressif de l'hypertrophie ou de l'anévrisme, — la maladie marche alors inévitablement vers une terminaison funeste. Et quelquefois même, à l'autopsie, on a presque droit de s'étonner que le malade ait longtemps résisté, tant se montre étroite l'ouverture laissée au passage du sang! On ne saurait comprendre la chose qu'en songeant que le rétrécissement a dû se produire petit à petit, et en invoquant l'habitude comme une influence atténuante par rapport à un si énorme et si meurtrier changement dans les conditions de la circulation cardiaque.

Quant au traitement, il ne peut être que symptomatique et palliatif : c'est là un point trop évident. Notons seulement que, à l'inverse de l'insuffisance valvulaire, qui par elle-même constitue une contre-indication de la saignée (1183. A.), le rétrécissement des orifices cardiaques indique et réclame de temps à autre ce moyen thérapeutique. Car, en diminuant alors la masse du sang, en la réduisant autant que cela se

peut sans compromettre la vie, il est évident qu'on rendra la circulation plus facile, qu'on allégera la tâche du cœur, qu'on préviendra la congestion excessive du système veineux. Voilà du moins, à un point de vue purement hydraulique, ce que la théorie nous enseigne. Mais, dans la pratique, prenons bien garde pourtant de dépasser les bornes d'une sage prudence.

1187. *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* (Et, si l'on veut, par une dénomination plus brève, mais non moins évidente de prime-abord, Rétrécissement mitral.) — C'est là un cas assez commun, sans doute; mais le plus ordinairement, toutefois, les sujets chez lesquels il se rencontre ont aussi un certain degré de rétrécissement de l'orifice aortique, ou bien d'insuffisance des valvules de cet orifice. En un mot, le rétrécissement mitral, existant isolément et comme l'unique source des accidens cardiopathiques, est une affection relativement rare. De sorte que, pour mon compte, je ne suis vraiment pas surpris que les observateurs soient encore en dissidence sur la question de savoir quelle part, entre les divers phénomènes de la symptomatologie cardiaque, revient en propre au rétrécissement mitral, quels signes peuvent le dénoncer d'une façon claire et positive, et, notamment, quelle sorte de bruit il doit offrir à l'auscultation.

Quant à moi, s'il me fallait, aujourd'hui même, opter absolument entre les opinions différentes des auteurs, c'est à la fois comme observateur et comme critique, c'est sous le double rapport des aperçus de ma propre expérience et des appréciations de mon esprit au milieu de tant de témoignages contradictoires, que je me déciderais à ratifier la valeur du signe que M. Beau a fait connaître. Ce signe, redisons-le donc, c'est un bruit anomal (bruit de souffle, de scie, de râpe, etc.) qui précède, mais de très peu, le premier bruit normal, et le couvre en se prolongeant. Deux observateurs excellens, M. Briquet et M. Fauvel, quoiqu'en ne songeant guère à prêter leur appui à la théorie de M. Beau, quoiqu'en y étant plutôt hostiles que favorables, mais en ne se souciant que de proclamer ce que leur habile auscultation avait constaté, sont venus confirmer la vérité du signe dont il s'agit. Et, tout récemment encore, M. Beau, dans ses *Études cliniques sur les maladies des vieillards* (*loc. cit.*), déclarait avoir de nouveau vérifié l'exactitude de ce signe : sur les cinq individus chez lesquels il le rencontra et dont l'autopsie fut faite, cinq fois on constata le rétrécissement de l'orifice mitral. Il n'est pas maintenant hors de propos d'ajouter que ce bruit de soufflet, qui se montre presque synchrone au premier temps du tic-tac, a son maximum d'intensité là même où frappe la pointe du cœur, et surtout à l'instant du choc; il se fait entendre d'autant plus faiblement que l'auscultation va s'élevant le long du sternum.

Le pouls peut encore avoir une certaine plénitude; mais il doit se montrer plutôt mou qu'autrement ; mollesse qui contraste d'une façon remarquable et vraiment significative avec la violence de l'impulsion cardiaque, avec le frémissement cataire, deux symptômes assez ordinaires. De plus, je suis de ceux qui croient que le rétrécissement mitral, et non pas le rétrécissement de l'orifice aortique, est le vice le plus propre, toutes choses égales d'ailleurs, à rendre le pouls habituellement très irrégulier, très inégal et très intermittent.

Il va sans dire que le rétrécissement mitral a pour conséquence nécessaire, et en quelque sorte mécanique, d'amener le développement d'une hypertrophie ou d'un anévrisme de l'oreillette gauche, et bien des fois aussi, quoique moins immédiatement, des cavités droites. S'il se complique, en outre, d'hypertrophie du ventricule gauche, et cela n'est pas rare, c'est à la fréquence et à la violence des palpitations qu'il faut sans aucun doute imputer l'origine de cette dernière complication.

Enfin, je souscris à l'opinion de ceux qui regardent le rétrécissement mitral comme étant, toutes choses égales d'ailleurs, une affection beaucoup plus grave, beaucoup plus promptement mortelle que le rétrécissement de l'orifice aortique. Et pourquoi? C'est que, très évidemment, l'oreillette n'a ni ne peut jamais avoir pour lutter contre le mal autant d'énergie contractile qu'en possède ou en acquiert le ventricule.

1188. *Rétrécissement de l'orifice aortique.* (Rétrécissement sigmoïdal gauche ou sigmoïdo-aortique.) — Cas non moins ordinaire que le rétrécissement mitral.

De cet obstacle, et, s'il est permis d'ainsi dire, de ce barrage qui interrompt le libre cours du torrent circulatoire à l'issue du ventricule gauche, que doit-il résulter pour le cœur tout entier? quels changemens doivent s'opérer dans la structure de ce viscère? Avant tout, l'hypertrophie ou l'anévrisme des cavités gauches; et puis, bien des fois aussi, l'hypertrophie ou l'anévrisme des cavités droites. En un mot, le rétrécissement de l'orifice aortique est la condition la plus éminemment propre à entraîner, selon les prédispositions individuelles, un excès de nutrition ou bien de dilatation de la totalité du viscère.

Bruit de soufflet, de scie, de râpe, etc., — ayant lieu au premier temps, ou du moins immédiatement après le choc du cœur, — ne se prolongeant point dans le trajet de l'aorte ascendante, mais se faisant uniquement entendre dans la région précordiale : double différence bien faite pour distinguer ce bruit d'avec celui de l'insuffisance des valvules aortiques, lequel a lieu, comme on sait, au second temps du tic-tac, et s'étend le long de l'aorte (1178. A. α.). Pouls ayant pour principal caractère d'être petit et faible, tandis que, en contraste avec cette faiblesse du pouls, le choc du cœur présente un haut degré de force.

Voilà, dans mon opinion comme dans celle de beaucoup d'autres observateurs, les points capitaux sur lesquels on peut fonder le diagnostic du rétrécissement de l'orifice aortique.

On a beaucoup parlé, et moi-même j'en parlais tout-à-l'heure après tant d'autres auteurs (1177. B. — et 1178. A. α), — on a beaucoup parlé de cas où l'orifice aortique, devenu plus étroit que de coutume, mais demeurant toujours béant, est tout à la fois atteint de rétrécissement et d'insuffisance. Certes, au point de vue de l'anatomie, au point de vue d'une physiologie minutieuse, cette complication est une réalité très commune; mais qu'on y réfléchisse bien, et l'on se convaincra qu'au point de vue de la nosographie et de la pratique, il n'y a guère lieu d'admettre là une double maladie. De deux choses l'une : ou l'insuffisance valvulaire est le mal prédominant et dont dépendent réellement tous les troubles morbides, ou bien c'est le rétrécissement qui remplit un semblable rôle. Il est bien facile, par exemple, de comprendre que là où le rétrécissement de l'orifice aortique est porté au point de gêner considérablement la circulation, et de constituer par là une véritable maladie, l'insuffisance n'est dès lors qu'un fait insignifiant : car dès lors, à chaque systole, le ventricule ne peut se débarrasser que d'une fort petite quantité de sang, et par conséquent le reflux après la systole ne peut être que fort peu de chose.

1189. *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit.* (Rétrécissement tricuspidal.) — Cas très rare, mais réel, et qui s'est offert à l'observation, soit comme vice congénial, soit comme maladie acquise.

Hypertrophie ou anévrisme de l'oreillette droite; congestion générale du système veineux; anasarque et autres hydropisies : voilà quelles sont les conséquences particulièrement liées au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit; voilà les bases principales de la symptomatologie qui appartient à ce vice-là.

Y a-t-il là un bruit semblable à celui que nous avons reconnu comme étant un des effets du rétrécissement mitral? Y a-t-il là un bruit anomal qui prévienne et qui couvre le premier bruit normal? Théoriquement, et d'après une très forte analogie, nous devons répondre oui. Mais, il faut l'avouer, en fait d'observation, les documens nous manquent là-dessus complétement.

1190. *Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire.* (Rétrécissement sigmoïdo-pulmonaire ou sigmoïdal droit.) — Cas non moins réel, mais non moins rare que celui qui précède.

Ce qui se développe alors, c'est l'hypertrophie ou l'anévrisme du ventricule droit et de l'oreillette correspondante. De telle sorte même que quelquefois, comme dans l'observation de Morgagni (1185), l'au-

topsie trouve un cœur dont la structure est inverse de la structure normale, un cœur dont la partie droite a la forme, les parois épaisses, les dimensions relatives qui sont l'attribut naturel de la partie gauche. Sur le vivant, pourrait-on, à l'aide de la percussion, reconnaître et diagnostiquer en toute assurance un semblable état du cœur? Pour ma part, j'en doute : car combien n'y a-t-il pas de chances de s'y méprendre !

Quoi qu'il en soit, la congestion du système veineux et les phénomènes d'hydropisie générale sont encore ici les principaux élémens du drame morbide. Mais jusqu'à quel point nous est-il permis, dans nos diagnostics, d'annoncer l'existence d'un vice organique du cœur droit, d'après la prompte apparition et le prompt développement des hyperémies veineuses (179. E.), de l'anasarque et autres hydropisies consécutivement à l'invasion de palpitations, de douleurs précordiales, etc. ?

Comme l'un des symptômes propres à caractériser le rétrécissement de l'orifice sigmoïde pulmonaire, ne devons-nous pas noter encore, sur la foi de l'analogie et du raisonnement, un bruit de soufflet, de scie, de râpe, etc., qui se fasse entendre au premier temps du tic-tac, ou tout au moins, comme le veut la théorie de M. Beau, survienne immédiament après ?

Enfin, à moins de coexistence d'un rétrécissement tricuspidal avec le rétrécissement sigmoïdo-pulmonaire, il est évident que celui-ci doit avoir pour une de ses conséquences, par le fait même de la dilatation deutéropathique, soit hypertrophique, soit purement anévrismatique, des deux cavités droites, l'insuffisance des valvules tricuspides. D'où, sans doute, le pouls jugulaire ou veineux.

ARTICLE IX.

COMMUNICATION CONTRE NATURE DES CAVITÉS DROITES ET GAUCHES DU COEUR.

1191. *Bibliographie.* — LANZONI. *De rarâ cordis palpitatione.* (Dans les *Miscellan. natur. curios.* Dec. II, ann. IX, obs. 44.) Observation réimprimée dans les *Opera omnia* dudit auteur. (Lausanne, 1738, in-4°. — T. II, p. 369.) — « Un citoyen de Ferrare, de trente et un ans, d'un corps grêle....., souffrait depuis » longtemps de continuelles palpitations de cœur, auxquelles il n'y » avait pas d'autre remède que la saignée. Mais enfin, dans un » accès de recrudescence du mal, il tomba en syncope et mourut. » A l'ouverture du cadavre, on vit un cœur qui présentait une » masse d'énorme apparence, mais qui n'avait qu'un seule cavité

» ou *ventricule* ([1]), contenant beaucoup de sang très noir; la sub-
» stance du cœur était, d'ailleurs, émaciée; les artères ([2])... se trou-
» vaient rapprochées là l'une de l'autre au point de se confondre ([3])...,
» et au lieu d'un second *ventricule*, il n'y avait qu'une tumeur
» formée par une excessive dilatation de la veine cave ascen-
» dante ([4]). » — Quelle observation curieuse que celle d'un homme qui aurait vécu trente et un ans avec un cœur de batracien, avec un mélange complet du sang noir et du sang rouge! Mais, il faut le dire, elle n'a pas toute l'authenticité voulue; elle laisse énormément à désirer sous le rapport de la description anatomique.

MORGAGNI. — Observation déjà citée plus haut (1185). — Persistance du trou de Botal, avec un rétrécissement sigmoïdo-pulmonaire.

SENAC. — Ouvrage cité (745). — Livre I, chap. III, § 1, *Ouverture de la cloison des ventricules, suivant divers écrivains.* — Tout en mentionnant, à ce sujet, bon nombre de témoignages, Senac n'était guère disposé à admettre la réalité, même exceptionnelle et tératologique, de ces ouvertures interventriculaires, que quelques auteurs, antérieurement à la grande découverte de Harvey, avaient eu pourtant l'inconcevable tort de considérer comme faisant partie de la structure normale du cœur.

CORVISART. — Ouvrage cité (599) : — IV[e] classe, art. III, § 2, *Perforation de la cloison des ventricules ou des oreillettes.*

RICHERAND. — (*Nouv. élém. de physiologie*, chap. *De la circulation.*) — Là se trouve la relation symptomatologique et anatomique d'un cas de perforation congéniale de la cloison inter-ventriculaire, avec persistance du canal artériel, chez un homme qui, parvenu malgré cela à l'âge de quarante et un ans, était entré à l'hôpital de la Charité pour y subir l'opération de la taille.

([1]) Sous le nom de *ventricule*, les anciens anatomistes distinguaient, dans le cœur, ce que nous nommons aujourd'hui, avec plus de précision et grâce aux progrès de l'anatomie descriptive et de la physiologie, le ventricule et l'oreillette d'un seul et même côté. Dans leur manière de decrire de cœur, ils commençaient donc par y distinguer principalement deux cavités ou ventricules, dont les oreillettes n'étaient, à leurs yeux, qu'une sorte d'appendice. Voir, par exemple, l'*Anatomia Bartholiniana*, lib. II, c. VII.

([2]) L'artère aorte et l'artère pulmonaire.

([3]) *Arteriæ..... conniventes.*

([4]) Dans le vocabulaire anatomique d'autrefois, et tant que dura l'erreur suivant laquelle la veine cave était censée prendre sa source dans le foie, la dénomination de *veine cave ascendante* comprenait tout à la fois et une partie de la veine cave inférieure, celle qui s'étend depuis l'embouchure des veines hépatiques jusqu'au cœur, et la veine cave supérieure en totalité.

DELONDRE. *Observation d'un fait rare de conformation vicieuse du cœur.* (Dans le *Journ. gén. de méd.*, avril 1817.) — Perforation inter-ventriculaire, congéniale, elliptique, d'un pouce environ de diamètre, chez une dame morte à dix-neuf ans.

MECKEL. *Essai sur l'histoire des vices de conformation du cœur qui s'opposent à la formation du sang rouge.* (Dans le *Journ. compl. du Dict. des sc. méd.*, t. III, p. 224-40, et p. 301-16.—Année 1819.)

MARÉCHAL. *Conformation vicieuse du cœur d'un enfant affecté de la* MALADIE BLEUE. (Dans le *Journ. gén. de méd.*, décembre 1819). — Cœur à une seule oreillette et à un seul ventricule, chez un enfant mort à trois mois.

GINTRAC. *Observations et recherches sur la Cyanose, ou Maladie bleue.* Bordeaux, 1824, in-8°. — Deuxième édition, mais considérablement augmentée, de la très remarquable thèse inaugurale que l'auteur avait soutenue dix ans auparavant (Paris, 1814).

LAENNEC. — (*Traité de l'auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 12, *Des vices de conformation du cœur.*

LOUIS. *De la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur.* Dans les *Mém. ou Recherch. anatomico-path.* (59), p. 301-50.

LALLEMAND. — (*Recherches anatomico-path. sur l'encéphale*, etc.) — Lettre IV, observ. Ire (communiquée par Breschet). — Cas d'une femme sujette, dès la plus tendre enfance, à une dyspnée habituelle, à un rapide développement de la cyanose sous l'influence de l'exercice. A l'âge de quarante-sept ans, ménopause; et, dès lors, douleurs précordiales et palpitations; cyanose permanente; épistaxis fréquentes. A l'âge de cinquante-sept ans, encéphalite locale qui détermina la mort. Autopsie : cœur énormément hypertrophié; PERSISTANCE DU TROU DE BOTAL, qui offrait environ *quatre lignes* de diamètre; oreillette droite, très développée; orifice auriculo-ventriculaire droit très étroit; ventricule droit très petit; orifice de l'artère pulmonaire garni d'une cloison membraneuse, au centre de laquelle était un trou circulaire.

ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Ouvrage cité (24). — IIe partie, livre IV, chap. 6 (*Des anomalies par disjonction de parties ordinairement continues*), — p. 562-73 (*Persistance du canal artériel, des orifices inter-ventriculaire et inter-auriculaire du cœur. — Cyanose*).

GENDRIN. — (*Mémoire sur les vices de conformation du cœur.* Dans le *Journ. gén. de méd.*, t. CI, p. 185-206. et 305-27. Année 1827). — Voir, notamment, § Ier, *Des cœurs qui n'ont qu'une seule cavité;* — § II, *Des cœurs réduits à deux cavités* (c'est à savoir, 1° une

oreillette, où s'abouchent les veines caves, 2° un ventricule, d'où part l'aorte); — § III, *Des cœurs qui n'ont que trois cavités* (soit une oreillette et deux ventricules, soit deux oreillettes et un seul ventricule); — § IV, *Des cœurs à quatre cavités communiquant irrégulièrement entre elles.*

MIQUEL. *Ouverture du trou de Botal, avec rétrécissement général de l'aorte et des artères, sans cyanose.* (Dans la *Revue méd.*, janvier 1828.) — Observation recueillie chez un homme mort à trente-six ans.

BÉRARD (aîné). — (Dans le *Répert.*, t. VIII, — art. *Cœur.*) § III, *Anomalies du cœur*, p. 221-9 (*Vices de conformation permettant le mélange du sang artériel avec le sang veineux*).

FERRUS. — (Dans le *Répert.*, — t. IX). — Article *Cyanose.*

FLECHNER (de Vienne). *Cyanose avec hypertrophie et dilatation du côté droit du cœur, et persistance du trou ovale.* (Dans *Gaz. méd.*, année 1841, n° 6. — D'après le *Medicinische Jahrbuch des Osterreichischen Staates.*) — Quoique le trou ovale ne se fût point fermé, mais eût gardé un diamètre de 7 millimètres, le sujet de cette observation était parvenu à l'âge de cinquante-quatre ans, en exerçant la profession pénible de fondeur de cobalt; longtemps il n'y eut point d'autres symptômes, point d'autres inconvéniens que la lividité du teint, la couleur bleuâtre des lèvres, et un peu de dyspnée. Mais, dans les dernières années de la vie, la dyspnée s'exaspéra de plus en plus, se compliqua de bronchorrhée, et, enfin, un hydrothorax survint comme complication ultime.

REQUIN. — (Dans la *Revue médicale*, septembre 1842. — *Compte-rendu de la Soc. de méd. de Paris.*) — J'ai communiqué à la Société l'observation d'un individu mort de tuberculisation pulmonaire, et chez lequel j'avais, à l'autopsie, constaté la persistance du trou de Botal, quoique cet individu n'ait, de son vivant, présenté aucun phénomène de cyanose et fût même extrêmement pâle.

PIORRY. —(*Tr. de méd.*, tom. II, sect. Ire, chap. II.) — § 1567-90.)

THORE. *Mémoire sur le vice de conformation du cœur, consistant seulement en une oreillette et un ventricule.* (Dans les *Archives*, novembre 1842.) — Excellente monographie, d'après une observation que l'auteur a lui-même recueillie (sur une petite fille de quatre mois), et d'après les observations analogues.

CRAIGIE. *Notice of a case of cyanosis, or the Blue disease, connected with mutual adhesion of the semilunar valves of the pulmonary artery.* (Dans *The Edinburgh medical and surgical Journal*, octobre 1843.)

VALETTE (Auguste.) *Note sur un cas curieux de vice de conforma-*

tion du cœur, consistant en une oreillette et un ventricule. (Dans *Gaz. méd.*, année 1845, n° 7). — Cas d'une petite fille qui, née avec les apparences ordinaires d'un organisme sain, mais atteinte, six semaines après sa naissance, de dyspnée et de cyanose, vécut pourtant avec ces accidens jusqu'à l'âge de six ans. A l'autopsie, on trouva un cœur analogue à celui des batraciens, c'est-à-dire, 1° une très large ouverture entre les deux ventricules; 2° le trou de Botal encore tout béant, et, un peu plus inférieurement, une seconde ouverture de communication entre les deux oreillettes; 3° un orifice auriculo-ventriculaire unique. De telle sorte que le viscère, quoique présentant encore les vestiges de quatre cavités, devait être considéré comme n'ayant qu'une seule oreillette et qu'un seul ventricule.

1192. *Synonymie.* — A. Maladie bleue, Ictère bleu (fort improprement), Cyanose, Cyanopathie, de divers auteurs: pour les cas dans lesquels la communication des cavités à sang rouge et des cavités à sang noir entraîne pour symptôme la permanence, ou bien le retour plus ou moins fréquent d'une coloration bleuâtre des tégumens, à titre de phénomène manifestement dû à leur congestion vasculaire. Mais, il faut le dire, c'est là un système de dénomination qui a fort peu de précision et de rigueur. Pourquoi, d'abord, instituer à un point de vue symptomatique le nom d'une maladie dont la raison d'être gît entièrement dans un vice organique bien déterminé? Et puis, sachons-le bien, cette coloration bleuâtre n'est pas un symptôme infailliblement inhérent, ou exclusivement propre à la communication anomale dont il s'agit. Celle-ci peut exister sans celle-là, et réciproquement celle-là sans celle-ci. D'une part, encore un coup, on a bien des fois constaté par autopsie la persistance du trou de Botal, voire même la double existence d'une ouverture inter-auriculaire et d'une ouverture inter-ventriculaire chez des sujets qui n'avaient jamais offert les phénomènes de la cyanose: j'ai moi-même rencontré dans ma pratique un exemple de cette sorte (1191). D'autre part, une cyanose parfaitement semblable à celle d'individus qui ont une perforation de la cloison des oreillettes ou des ventricules se fait assez souvent observer chez des sujets en proie à un tout autre vice organique du cœur, ou à un emphysème pulmonaire.

B. Plus exactement, peut-être: Cyanopathie congéniale, d'Alibert (*Nosol. nat.*, fam. VI, *Angioses*, genr. XI, esp. 1re. — Par opposition à l'espèce 2e, Cyanopath. symptomatique.) — Car du moins ignore-t-on si jamais il est arrivé que, à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, une semblable communication se soit ouverte et établie à titre de maladie chronique, avec cyanose permanente ou habituelle. Il est

permis, sans doute, de croire à la possibilité d'un tel fait. Mais, enfin, les fastes de l'observation ne nous en fournissent pas d'exemple avéré. Il se pourrait fort bien, après tout, que, survenant accidentellement dans le cours de la vie extra-utérine, la perforation de la cloison interauriculaire ou interventriculaire fût toujours un cas de mort subite ou rapide.

1193. *Aperçu anatomique.* — Non seulement il y a des individus qui naissent et vivent avec un trou de Botal plus ou moins largement béant, — non seulement il y en a chez qui la cloison interventriculaire demeure percée d'une ouverture analogue au trou de Botal, — non seulement, encore un coup, il y en a qui conservent tout à la fois une perforation interventriculaire et une perforation interauriculaire; mais encore on en a vu qui avaient vécu un certain temps, quoique nés avec un manque presque complet de cloison, soit entre les deux ventricules, soit entre les deux oreillettes, et même aussi lorsque le cœur, sans aucune apparence rudimentaire de sa duplicité normale, se montrait vraiment réduit à une seule oreillette et à un seul ventricule, et avait ainsi la ressemblance la plus parfaite avec un cœur de batracien. L'observation a démontré, en ce genre, ce qui était assurément impossible à prévoir, — ce que quelques auteurs, M. Bouillaud entre autres, refusent encore de croire; — c'est à savoir que le mélange complet des deux sangs, artériel et veineux, n'est pas absolument incompatible avec la continuation de la vie hors de l'utérus. Si Lanzoni, malgré la haute réputation de talent et de probité qu'il avait acquise parmi ses contemporains, ne peut pas obtenir de nous une entière créance au sujet de cet homme qui, bien qu'avec un cœur uniloculaire, aurait atteint et passé la trentaine, toujours est-il désormais que, sans un pyrrhonisme insoutenable, nous ne saurions révoquer en doute certaines observations qui, de nos jours, ont été faites, on peut le dire, sous les yeux et sous le contrôle du public médical, comme, par exemple, celle de M. Thore ou celle de M. Valette (1191), et dans lesquelles il s'agit d'enfans ayant vécu des mois et des années avec un si énorme vice de conformation. Or, en vérité, nous ne voyons plus trop bien pourquoi, — une fois la vie démontrée possible pour quatre mois, même pour six ans, malgré une telle anomalie, — cette possibilité semblerait inadmissible pour trente ans ou même davantage.

Un accompagnement assez ordinaire des divers vices de conformation du cœur qui viennent d'être passés en revue, et qui, physiologiquement, aboutissent tous à la confusion du sang rouge et du sang noir, c'est la persistance du canal artériel, autre anomalie de même sorte sous le rapport physiologique. Assez fréquemment encore, on

rencontre en coexistence avec ces mêmes imperfections du cœur un rétrécissement considérable, si ce n'est la complète oblitération de l'artère pulmonaire, surtout à l'endroit même où ce vaisseau prend naissance. Quelquefois, mais plus rarement, on rencontre aussi la double et réciproque transposition de l'origine de l'artère pulmonaire et de l'origine de l'aorte, l'insertion de l'une de ces artères par voie de bifurcation sur les deux ventricules à la fois, ou bien, au contraire, l'insertion de toutes les deux sur le même ventricule.

Au surplus, les susdites anomalies du cœur et des gros vaisseaux peuvent se trouver combinées entre elles de maintes et maintes manières. Que de variétés n'a-t-on pas déjà observées en ce genre! Ajoutons que ces divers cas, presque toujours dus à la persistance de quelques unes des conditions de la vie fœtale ou embryonnaire, constituent dans l'histoire pathologique de l'espèce humaine une représentation plus ou moins exacte des diverses formes que présente normalement la structure du cœur chez les vertébrés inférieurs, et spécialement chez les reptiles. N'omettons pas non plus une autre remarque fort importante, et pour l'énonciation de laquelle je ne saurais mieux faire que de répéter textuellement les paroles de notre célèbre tératologue, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire. « Il est à remarquer, dit-il, que les états les plus » anomaux du cœur ne sont pas toujours ceux qui entravent davantage » l'accomplissement des fonctions circulatoire et respiratoire. C'est là un » fait qui, au premier abord, peut paraître paradoxal, mais qui est in» contestable et peut même s'expliquer facilement. On conçoit, en effet, » très bien qu'un vice de conformation, nécessairement mortel s'il » existait seul, par exemple l'oblitération de l'artère pulmonaire, peut » ne plus apporter d'obstacles insurmontables à l'accomplissement de la » vie, si la présence d'une seconde anomalie doit ouvrir de nouvelles » voies à la circulation, et créer une combinaison qui, quoique dou» blement contraire à l'ordre normal, se trouve cependant harmo» nique. »

Enfin, pour terminer, notons encore deux points. Le premier point, c'est que, d'entre tous les cas de communication anomale des cavités gauches et droites du cœur, le cas le plus commun, sans comparaison, est la persistance du trou de Botal. Le second point, c'est qu'en général les perforations congéniales de la cloison inter-auriculaire ou interventriculaire, pour peu que la vie du sujet se prolonge, finissent tôt ou tard par se compliquer d'hypercardiotrophie; les cavités droites, particulièrement, acquièrent bien des fois, en pareille occurrence, des dimensions plus étendues et des parois plus épaisses que les cavités gauches, surtout s'il existe un rétrécissement de l'orifice sigmoïdo-pul-

monaire ou de l'artère pulmonaire elle-même. Je n'ai pas besoin de dire le grand rôle que doit avoir dans ce drame morbide l'hypertrophie du cœur, une fois jointe deutéropathiquement au mal primitif.

1194. *Aperçu symptomatologique.* —Voici maintenant, d'une manière succincte, quels sont les principaux symptômes qui se montrent communs à ces divers cas de conformation vicieuse par où le cœur opère dans des proportions plus ou moins considérables le mélange du sang noir avec le sang rouge.

Respiration trop fréquente, même dans le repos le plus parfait du corps; dyspnée au moindre effort; étouffement très prompt à se produire; voire même des accès de toux et de palpitation, surtout occasionnés par l'action de courir, de monter un escalier, de marcher vite, etc. C'est là ce qu'on observe dans presque tous les cas.

Un symptôme qui existe, non pas chez tous les sujets, mais chez bon nombre d'entre eux, et qui, au premier aspect, trahit le haut degré du mal, c'est la cyanose, d'ailleurs plus ou moins prononcée suivant le cas, et variant depuis une teinte légèrement bleuâtre jusqu'aux nuances violacées et noirâtres. Chez les uns, elle est permanente. Chez les autres, elle n'apparaît que par intervalles, ce qui, toutes choses égales d'ailleurs, est assurément moins grave; et il va sans dire que ses apparitions ont lieu avec le retour de palpitations violentes, ou du moins avec les exacerbations de la dyspnée. Enfin, il importe de remarquer que les parties où la cyanose commence à se manifester, où elle reste bien des fois exclusivement bornée, et où elle a toujours la teinte la plus foncée, sont les mains, les pieds, le nez, et surtout les lèvres.

Avec la permanence de la cyanose, on voit toujours exister un affaiblissement considérable de la chaleur animale, c'est-à-dire une excessive sensibilité au froid extérieur, et un abaissement de la température aux pieds, aux mains et sur toute l'étendue de la peau, si ce n'est dans la profondeur même du corps tout entier. Avec la permanence de la cyanose, on voit encore exister, chez bon nombre de sujets du moins, une sorte de diathèse scorbutique qui produit, à maintes et maintes reprises, par intervalles plus ou moins longs, des hémorragies variées.

De plus, les sujets cyanosés depuis leur naissance ou leur plus tendre enfance ont, d'ordinaire, un corps mal proportionné, tout chétif et de petite stature. Chez eux, d'ordinaire aussi, l'intelligence est paresseuse, dure, bornée; le développement des organes sexuels, tardif et imparfait; les besoins érotiques, faibles ou même nuls.

En règle très générale, si ce n'est même universelle,—la cyanose dépendante d'une communication congéniale des cavités droites et gauches du cœur est un phénomène dont le début date des premiers temps de la vie extra-utérine. Tantôt, je le répète, elle apparaît dès l'heure de la

naissance ou peu de jours après; tantôt, mais ce n'est déjà plus le cas ordinaire, au bout de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou même d'une année. A l'égard des sujets chez qui la cyanose ne s'est développée avec la dyspnée et les palpitations que dans un âge plus avancé, il est fort permis de soutenir, comme l'ont pensé plusieurs auteurs, qu'elle peut être alors attribuée non pas à une ouverture congéniale de la cloison médiane du cœur, mais à une communication accidentellement survenue entre les cavités droites et gauches, soit par décollement de la valvule qui clôt le trou de Botal, soit par rupture des fibres musculaires, soit par perforation ulcérative.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, malgré l'existence d'une communication, même très large, entre les cavités droites et gauches, malgré le mélange le plus complet du sang noir avec le sang rouge, malgré la cyanose et les autres symptômes qui révèlent le profond désordre de la circulation, la viabilité ne saurait être légitimement révoquée en doute; car, dans de telles conditions, la vie peut même être fort longue. Les exemples, à cet égard, abondent dans les annales de la science; et la bibliographie du présent article en a signalé quelques uns d'entre les plus remarquables.

1195. *A quoi tient précisément la cyanose?* — Autrefois, les pathologistes s'accordaient à regarder cette coloration bleue ou livide de la peau comme étant un effet directement dû à ce que les artères, dans le cas dont il s'agit, contiennent, au lieu de sang artériel pur, un mélange de sang artériel et veineux; — comme étant, en un mot, une teinte à la fois adoucie et altérée par le moyen de laquelle se laissât entrevoir et reconnaître, à travers l'imparfaite et grossière transparence du derme et de l'épiderme, ce sang mélangé, et toujours supposé d'un rouge noirâtre, en circulation dans les capillaires cutanés tant artériels que veineux. Peut-être, après tout, la couleur insolite, et plus foncée que de coutume, du sang qui circule dans les artérioles du réseau vasculaire de la peau n'est-elle pas une circonstance tout-à-fait étrangère, aussi étrangère que quelques auteurs d'aujourd'hui le pensent, à l'existence de la cyanose. Mais toujours est-il, sans aucun doute, que la cyanose reconnaît pour condition principale, pour condition suffisante fût-elle seule, pour condition essentielle, un état de congestion excessive du système veineux. C'est M. Louis, c'est Bertin et son collaborateur M. Bouillaud, qui, en France, ont été les premiers à soutenir, quoique peut-être d'une manière un peu trop exclusive, la doctrine d'une étroite et intime connexion de la cyanose avec la gêne et le trop-plein de la circulation veineuse.

Entre les différens argumens à l'appui de cette doctrine, je me bornerai ici à faire remarquer les faits suivants, qui, en vérité, sont com-

plétement décisifs. 1° Le mélange du sang artériel et du sang veineux peut exister avec absence de cyanose. 2° L'inverse peut aussi avoir lieu ; c'est-à-dire que, dans certains cas où la circulation est très gênée, mais sans qu'il y ait de communication anomale entre les deux grands départemens des voies circulatoires, la peau se trouve atteinte de cyanose à divers degrés : elle devient bleuâtre, violacée ou livide. 3° Enfin, dans ces cas-là, comme dans ceux où la cyanose se montre liée à la communication contre nature des cavités droites et gauches du cœur, ce sont précisément les mêmes parties qu'on voit sujettes à être, sur la surface cutanée, le siége principal de la coloration pathologique dont nous parlons ; ce sont les mains, les pieds, et, en un mot, toutes les parties que leur situation loin du cœur rend le plus aptes à la stagnation du sang ; c'est toujours là que la cyanose débute, c'est toujours là qu'elle est le plus prononcée ; c'est là que, bien des fois, elle peut rester exclusivement bornée ; sous tous ces rapports, il y a complète parité entre les deux ordres de cas.

1196. *Étiologie.* — La théorie tératologique de l'arrêt de développement me semble évidemment embrasser le plus grand nombre des cas dans lesquels un enfant naît avec une perforation, ou bien, même, une complète absence de la cloison interauriculaire ou interventriculaire. Mais nous sommes loin de nier que, parmi tous ces cas, il y en ait quelques uns qui doivent leur origine à l'intervention accidentelle de ce qu'il faut proprement appeler une maladie du fœtus ; cela se peut, cela doit être. Ainsi, par exemple, chez un fœtus de sept à huit mois, supposons un travail phlegmasique qui vienne dénaturer les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, les faire adhérer entre elles de manière à rendre l'orifice de cette artère beaucoup plus étroite qu'il ne faut : dès lors, en raison du rétrécissement sigmoïdo-pulmonaire, une grande portion du sang de l'oreillette droite continuera toujours de se dégorger forcément dans l'oreillette gauche par le trou de Botal, et l'oblitération naturelle de ce trou ne pourra plus avoir lieu.

Quant aux cas, s'il en existe, dans lesquels la communication des cavités droites et gauches du cœur serait un accident survenu à une époque plus ou moins avancée de la vie extra-utérine, leur étiologie n'est plus pour nous une question nouvelle, une question à traiter. Nous l'avons abordée, nous en avons posé les bases dans l'article consacré à la *Rupture du cœur* (1171). Abstenons-nous donc ici d'une inutile redite.

1197. *Diagnostic.* — Toutes les fois que la cyanose est congéniale ou qu'elle date des premiers temps de la vie, il y a tout à parier que nous avons devant nous un cas de communication anomale des cavités cardiaques.

1198. *Pronostic.* — Le cas est incurable; mais, je le répète, il n'est pas absolument incompatible avec la viabilité, ni même avec la longévité.

C'est ici le lieu de remarquer que, au rapport de Meckel, qui s'appuyait en cela sur le relevé des cas jusqu'alors connus, le sexe féminin est celui qui paraît posséder une sorte de privilége pour résister à la malheureuse influence du mélange des deux sangs.

D'après le même auteur, et conformément d'ailleurs aux prévisions théoriques sur le compte d'une maladie où la dépression de la chaleur animale se montre si évidente, c'est dans la saison froide que les sujets de l'un et l'autre sexe périssent le plus ordinairement.

1199. *Thérapeutique.* — Purement symptomatique et palliative.

Impuissans que nous sommes à corriger et à détruire le vice organique qui entraîne avec lui le mélange des sangs artériel et veineux, du moins pouvons-nous quelquefois, par des soins assidus, par des secours opportuns, atténuer, retarder, prévenir les funestes effets d'un tel vice.

ARTICLE X.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'AORTE.

(Synonym. : Aortosténosie, de M. Piorry.)

1200. *Bibliographie.* — Meckel (père). *Observation d'anatomie et de physiologie concernant une dilatation extraordinaire du cœur, qui venait de ce que le conduit de l'aorte était trop étroit.* Avec fig. (Dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences et belles lettres de Berlin*, année 1750.) — Chez une jeune fille morte à dix-huit ans, sujette depuis longtemps aux palpitations. « Structure merveilleusement étroite » de l'aorte tout entière et de ses branches. Le diamètre de l'aorte, à son origine, était de moitié plus petit que celui de l'artère pulmonaire.

Morgagni. — (*De sed. et caus. morb.*) Epist. XVIII, art. 2-4. — Rétrécissement congénial de l'aorte, depuis le diaphragme jusqu'à la bifurcation iliaque, chez un cordonnier mort à trente-trois ans, malade depuis peu d'années seulement, et qui présenta comme vices organiques évidemment acquis et non pas congéniaux une hypercardiotrophie (cœur au moins doublé de volume), une insuffisance des valvules aortiques, et un grand nombre de plaques cartilagineuses dans l'aorte.

Paris. *Rétrécissement considérable de l'aorte pectorale, observé à l'Hôtel-Dieu de Paris.*—(Dans le *Journ. de chirurgie* de Desault, t. II, p. 107-10. — Année 1791.) — Cas rencontré sur le cadavre

d'une femme de cinquante ans. Rétrécissement excessif de l'aorte depuis le ligament artériel jusqu'à la première intercostale inférieure ou aortique : à peine l'aorte avait-elle là le calibre d'un tuyau de plume à écrire. Ampleur extraordinaire des artères nées en amont et en aval du rétrécissement, de manière à suppléer parfaitement à la circulation aortique par le moyen d'une circulation collatérale.

LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 25, *Des affections organiques de l'aorte.* — Là, l'illustre auteur examine, 1° les *incrustations osseuses, cartilagineuses et calcaires de l'aorte*, 2° les *vices de conformation de l'aorte*, et rapporte cinq exemples fort remarquables, dont un observé par lui-même, de rétrécissement ou de complète oblitération de la grande artère.

VELPEAU. *Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte.* Paris, 1825, in-8°.

MECKEL (A). *Cas d'oblitération de l'aorte, à la hauteur de la quatrième vertèbre dorsale.* (Dans le *Journ. complémentaire*, t. XXX, p. 88-91. — Année 1828.) — Chez un paysan mort subitement, à trente-cinq ans, d'une rupture de l'oreillette droite, dans la convalescence d'une maladie d'ailleurs assez légère. « Aorte réduite, » immédiatement au-dessous du ligament artériel, au diamètre d'un » mince fétu de paille ; ... réseau admirable d'artères entre les » troncs de la crosse et les branches postérieures de l'aorte pecto- » rale descendante. »

REYNAUD (A.-C.). *Observation d'une oblitération presque complète de l'aorte, suivie de quelques réflexions et précédée de l'indication des faits analogues consignés dans les auteurs.* Avec fig. (Dans le *Journ. hebdomadaire*, année 1828, n° 4.) — Rétrécissement considérable sous forme d'étranglement annulaire, — au-delà de l'insertion de l'artère sous-clavière gauche, — chez un homme mort à quatre-vingt-douze ans. Exemple remarquable et parfaitement décrit des voies de circulation collatérale et supplémentaire.

LEGRAND (A.). — (*Du rétrécissement de l'aorte.* Paris, 1834, in-8°.) — Brochure bien digne de mention pour l'observation originale que l'auteur a recueillie conjointement avec MM. Amussat et Beaumetz, et dont la pièce anatomique a été dessinée par M. Tessier. (Rétrécissement situé immédiatement au-dessous de l'insertion de l'artère sous-clavière gauche, long de *huit lignes*, et nettement limité en haut et en bas par un double étranglement.)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium*, t. I, article *Aorte*, p. 169-72.)

BARTH. *Observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale.* (Dans les *Archives*, juillet 1835.)
— *Des rétrécissemens et des oblitérations spontanées de l'aorte.* Th. inaug. Paris, 1837, n° 189.
PIORRY. — (*Traité de médecine.*) T. II, sect. IIme, chap. V, *Aortosténosie.*

1201. *Remarque préliminaire.* — A la rigueur, on peut et on doit distinguer les cas de rétrécissement et ceux de complète oblitération de l'aorte; mais nous ne croyons pas du tout à propos de poser en nosographie, entre ces deux séries de cas, une distinction générique, et pour ainsi dire radicale. La similitude essentielle que les faits de l'une et de l'autre offrent entre eux, sous le double rapport des caractères anatomiques et des phénomènes fonctionnels, nous autorise à ne voir là que des degrés différens d'un même genre de maladie. Depuis une certaine étroitesse, qui mérite à peine le nom de variété anatomique (24), qui n'est qu'un léger défaut de proportion par rapport au sexe, à la stature, à la corpulence du sujet, et que Morgagni a pourtant notée et prise en considération dans plusieurs de ses observations; depuis ce premier degré jusqu'à celui où le calibre de l'aorte égale à peine un tuyau de plume, et de là jusqu'à l'oblitération complète du vaisseau, combien la nature n'offre-t-elle pas de formes diverses qui, étant toutes rapprochées les unes des autres par l'esprit de généralisation, se montrent clairement soumises à la loi d'une transition insensible ! Et, certes, il y a plus loin d'une aorte légèrement rétrécie à une aorte très étranglée, que de celle-ci à une aorte tout-à-fait oblitérée. En un mot, à vrai dire, l'oblitération, ici surtout, a lieu d'être considérée comme le dernier degré, comme le terme et en quelque sorte le couronnement du rétrécissement.

1202. *Aperçu anatomique.* — Tantôt le rétrécissement de l'aorte est général, comme dans le cas de Meckel père (1200); tantôt, et le plus souvent, il est partiel. Le siége le plus ordinaire des rétrécissemens partiels est auprès de l'insertion du ligament artériel, c'est-à-dire là où la crosse finit et se recourbe pour constituer l'aorte descendante. Mais, au surplus, on a observé des rétrécissemens sur tous les autres points du vaisseau. Bien des fois, le rétrécissement est borné à une très petite étendue, à une longueur d'un centimètre ou moins encore, sous forme d'un brusque étranglement; et c'est ce qui se voit surtout quand il correspond à l'insertion du canal artériel. Il se peut, mais il est rare, que l'aorte ait à la fois, sur le même individu, deux ou plusieurs rétrécissemens distincts et séparés entre eux par une distance plus ou moins considérable.

Je le répète, le degré du rétrécissement varie à l'infini dans les divers cas. Tantôt l'aorte, par exemple, a un diamètre de moitié plus petit que son diamètre normal; tantôt elle est réduite au calibre d'une plume de corbeau. Chez tel ou tel sujet, elle admet à peine une plume de corbeau, un stylet, un fétu; chez tel autre, encore une fois, elle est complétement oblitérée et forme un cul-de-sac dans toute la rigueur du terme.

Quelle diversité ne voit-on pas exister aussi quant à la forme et quant à la nature du rétrécissement! Assez ordinairement, et surtout lorsque le rétrécissement existe au niveau du ligament artériel, ce n'est qu'une pure et simple diminution de calibre, une sorte de resserrement régulier et circulaire, sans aucun vice de texture des parois artérielles. Quelquefois, mais rarement, on trouve à l'intérieur de l'aorte une espèce de cloison ou diaphragme ayant à son centre une ouverture plus ou moins étroite et plus ou moins régulièrement dessinée. Ce qui est encore plus rare, c'est que le rétrécissement dépende, non pas d'une diminution uniforme de calibre, mais d'une dépression latérale dans la structure du vaisseau. Chez quelques sujets, le mal consiste dans l'épaississement extraordinaire des parois;— ou bien dans la présence de tumeurs crétacées ou autres qui, nées au sein même de ces parois, font saillie en dedans de l'aorte; — ou bien enfin, mais c'est très rare, dans la compression qu'exerce extérieurement sur l'aorte une tumeur indépendante, mais développée tout auprès. Enfin, il y a des cas où l'oblitération se trouve constituée par le concours de plusieurs des conditions que je viens de signaler.

En règle ordinaire, — mais surtout, encore un coup, dans le cas des rétrécissemens situés à l'insertion du ligament artériel, — on trouve les artères collatérales considérablement développées, et communiquant entre elles par de larges et insolites anastomoses. Ainsi, par exemple, dans le cas que nous avons dû prendre pour type, on voit, — entre les intercostales supérieures, les mammaires internes, les cervicales transverses, les scapulaires communes et les thoraciques supérieures et inférieures, d'une part, — et les intercostales aortiques, les diaphragmatiques et les épigastriques, d'autre part, — exister maints et maints rameaux anastomotiques beaucoup plus gros et plus flexueux que de coutume, ou même tout-à-fait nouveaux et inconnus à l'économie normale. Chez un sujet dont l'aorte abdominale était oblitérée près de la bifurcation, Goodisson, cité par M. Barth, a vu les mammaires internes, les dernières intercostales et les lombaires communiquer, par un système de voies anastomotiques très vastes et très tortueuses, avec les épigastriques et les circonflexes iliaques. Mais, il faut le dire, un exemple de cette dernière sorte est véritablement un fait exceptionnel.

Remarque peut-être surprenante de prime-abord; mais il n'y a plus lieu d'être surpris si l'on réfléchit que, pour le maintien de la circulation en pareille circonstance, il y a, comme M. Barth (thèse citée, p. 13) le fait très bien observer, deux voies : « l'une par les vaisseaux » qui rampent dans les parois du tronc, l'autre par les artères profondes » de l'abdomen. En effet, le sang versé, au-dessus du rétrécissement, » dans les nombreux rameaux de l'artère mésentérique supérieure, passe » en grande quantité dans ceux de la mésentérique inférieure, et des » divisions de cette dernière dans les branches profondes de l'hypogas- » trique, telles que les sacrées latérales, les hémorroïdales moyennes, » les obturatrices, les ischiatiques et les honteuses internes, et enfin » de celles-ci dans les ramifications vasculaires des membres infé- » rieurs. »

Dans bien des cas, tandis que les artères nées de l'aorte en amont du rétrécissement sont extraordinairement grosses, celles qui naissent au-dessous ont, au contraire, un diamètre plus petit qu'à l'état normal.

Ce qu'il est encore assez commun de trouver en amont du rétrécissement, c'est un état anévrismatique de l'aorte, surtout à la crosse, qui parfois, en cas semblable, atteint ou même dépasse le double de son volume naturel.

Généralement, à moins que l'aortosténosie ne soit de date toute récente, à moins qu'elle n'ait très promptement amené la mort du sujet, il y a une hypertrophie excentrique du cœur, et surtout du ventricule gauche, ce qui, d'ailleurs, se comprend sans peine, et que nous avons déjà eu occasion de dire et d'expliquer à nos lecteurs (720).

1203. *Principes symptomatologiques.*—A. Si l'aortosténosie est un vice congénial ou qui, du moins, ne se soit établi qu'avec une certaine lenteur à une époque très voisine de la naissance, c'est-à-dire à un âge où l'extensibilité naturelle des tissus et l'énergie de la force plastique (76) rendent encore assez facile le développement des artères collatérales et de leurs anastomoses, il se peut alors fort bien que ce vice organique n'entraîne avec lui que des accidens d'une nature chronique, ou, chose plus remarquable encore, qu'il ait une innocuité parfaite, et permette, par conséquent, de vivre un bon nombre d'années, voire même d'atteindre à la longévité. Ai-je besoin d'ajouter que, dans le premier cas, les accidens varient beaucoup, chez les divers sujets, de caractère, d'intensité et de gravité, et qu'ils varient surtout selon le siége et le degré du rétrécissement, et surtout aussi selon l'état des voies de circulation collatérale et supplémentaire? Bref, pour tout résumer ici en peu de mots, qui suffiront assurément à l'intelligence de nos lecteurs, et d'où il leur sera loisible de déduire et de concevoir maintes et maintes combinaisons particulières, ou déjà consignées réellement dans les fastes

de l'observation, ou du moins très possibles, bornons-nous donc à dire que les divers faits dans lesquels la vie résiste longtemps au rétrécissement, ou même à la complète oblitération de l'aorte, peuvent être, symptomatologiquement parlant, rapportés aux quatre chefs principaux qui suivent :

α. Premièrement, gêne habituelle et plus ou moins sensible de la circulation. Lutte du cœur contre la résistance excessive de la colonne de sang, qui ne peut s'écouler qu'avec peine à travers des voies trop étroites. De là une hypercardiotrophie excentrique, affectant principalement les cavités gauches. Inutile de redire quels symptômes, quelles conséquences surviennent en pareil cas, tôt ou tard (717-8).

β. Deuxièmement, disposition pléthorique de toutes les parties auxquelles vont se distribuer les artères nées en amont du rétrécissement. De là, par exemple, chez tel sujet, le développement hypertrophique de la moitié supérieure du corps. De là, aussi, chez tel autre, — et c'est même, à ce qu'il paraît, un résultat plus ordinaire,—les fréquentes attaques de l'hypérémie encéphalique ou pulmonaire, et leurs suites diverses (184 — et 199).

γ. Troisièmement, défaut de développement du système artériel en aval du rétrécissement. De là, par exemple, l'atrophie des membres abdominaux (739-40).

δ. Quatrièmement, enfin, mais c'est un bonheur très rare, développement parfait et vraiment admirable d'une circulation collatérale qui réduit à bien peu de chose ou même prévient tout-à-fait les accidens ci-dessus indiqués (α. β. γ.). Ainsi, le sujet dont nous devons l'observation à M. Reynaud (1200) vécut quatre-vingt-douze ans.

B. Le quatrième et dernier cas (A. δ.), cette merveilleuse innocuité d'un vice organique tel que le rétrécissement tant soit peu considérable de l'aorte, n'est pas une chose possible, ne peut ni exister dès le principe, ni s'établir et se parfaire à la longue, si le rétrécissement survient, fût-ce même d'une façon très lente, à une époque trop avancée, — trop avancée, entendons-nous bien, pour permettre le facile et complet rétablissement d'une libre circulation du sang par l'agrandissement des voies collatérales. Et, certes, il ne paraît pas que, au-delà des premiers temps de la première enfance, la nature soit encore à même d'accomplir l'extraordinaire création de cette circulation collatérale. Il y a donc alors, de toute nécessité, des troubles fonctionnels, des effets morbides qui rentrent, comme de raison, dans l'un ou l'autre des trois premiers cas de la proposition précédente (A. α. β. γ.), et il va sans dire que l'intensité de la maladie doit se montrer proportionnée au degré du rétré-

cissement et à la rapidité avec laquelle ce rétrécissement s'effectue et marche vers une oblitération complète.

C. Enfin, la brusque ou très rapide production d'un rétrécissement considérable, et, à plus forte raison, d'une oblitération complète de l'aorte, doit infailliblement, à ce qu'il me semble, entraîner des accidens suraigus et bientôt mortels, si ce n'est même la mort subite. Le mal fût-il borné à l'extrémité inférieure de l'aorte, la gangrène des membres abdominaux ne peut manquer de se produire et d'amener en peu de jours le funèbre dénouement.

1204. *Étiologie.* — A. Rappelons-nous d'abord que, dans un assez grand nombre de cas, le rétrécissement de l'aorte a son siége immédiatement au-dessous de l'artère sous-clavière gauche, et, par conséquent, au niveau même de l'insertion du canal artériel; que, précisément alors, en règle générale, il présente tout au plus un centimètre de longueur, consiste en un simple resserrement des parois vasculaires, sans aucun vice de texture, et se trouve accompagné d'un développement tout-à-fait extraordinaire des artères collatérales (1202). En voilà, certes, plus qu'il n'en faut par envisager déjà ces cas comme formant un groupe nosographique à part et d'une nature vraiment distincte. Ajoutons que, tantôt pour la date des premières apparences symptomatiques qui peuvent être imputées au rétrécissement de l'aorte, tantôt par l'absence même de toute manifestation morbide de la part de ce vice organique chez des sujets qui succombent jeunes ou vieux à l'intervention accidentelle de n'importe quelle autre affection, tous les cas dont il s'agit se montrent évidemment comme ayant pris origine à une époque bien reculée. Et si, encore une fois, on songe aux conditions particulières de la portion aortique où le mal a son siége, il y a tout lieu de croire, avec M. Reynaud et M. Barth, que le travail d'oblitération du canal artériel n'a pas dû être étranger à la production du rétrécissement de cette portion-là; qu'un tel rétrécissement est fort naturellement imputable à l'extension démesurée, vicieuse, pathologique, d'un travail primordialement normal; et que, par conséquent, si tant est même qu'il ne soit pas une affection congéniale dans toute la rigueur du terme (97. A. α.), son origine remonte du moins aux premiers jours de la vie extra-utérine.

B. Pour ce qui est maintenant des cas où le rétrécissement et l'oblitération de l'aorte surviennent à une époque avancée de la vie, quelles circonstances l'étiologie doit-elle principalement accuser? Accusons l'excès d'épaisseur que les parois artérielles peuvent acquérir aux dépens du calibre intérieur du vaisseau, soit peut-être par production phlegmasique de couches pseudo-membraneuses, soit par accumulation hété-

rotrophique de matière calcaire ou autrement. Accusons aussi toutes les tumeurs dures et volumineuses qui peuvent se développer au-devant de l'aorte, de manière à la comprimer.

1205. *Diagnostic.* — M. Piorry nous rapporte qu'il lui est arrivé une fois de diagnostiquer le rétrécissement de l'aorte et de vérifier à l'autopsie l'exactitude de ce diagnostic. Mais nous avons bien à regretter, comme le savant professeur le regrette lui-même, que l'élève chargé de recueillir par écrit l'observation se soit rendu coupable de négligence, et que les détails d'un fait si précieux soient aujourd'hui perdus.

Quant à moi, il me semble qu'à moins d'une réunion presque miraculeuse de signes positifs et négatifs, les uns pour dénoncer le rétrécissement de l'aorte, les autres pour exclure les affections cardiaques qui, d'ordinaire, l'accompagnent et le masquent, un diagnostic affirmatif est ici chose impossible. Dans bien des cas même, quoique sous les yeux des observateurs les plus clairvoyans et les plus expérimentés, le rétrécissement de l'aorte ne se laisse même pas soupçonner sur le vivant, et reste complétement inaperçu jusqu'au jour de l'autopsie. Et ce qui est tout au plus permis dans quelques autres cas, c'est de présumer, mais non pas d'affirmer que ce vice organique existe, et qu'il est la première source de tous les désordres morbides.

Je ne pourrais ici, sans être entraîné à de trop longs développemens, entreprendre la revue, encore bien moins l'appréciation complète de toutes les données séméiologiques sur lesquelles nos conjectures ont alors lieu de s'asseoir avec plus ou moins de fondement. C'est une tâche que j'abandonne aux réflexions du lecteur. Mais je me bornerai à indiquer brièvement quelques circonstances qui, lorsque, par hasard, le cas qui s'offre à notre observation les présente et surtout les présente toutes ensemble, ont certes un haut degré de valeur significative. Notons donc : 1° la présence des symptômes communs d'une gêne centrale de la circulation, comme si le cœur était atteint d'un vice organique, mais cela en contraste précisement avec une absence totale de signes physiques et tout-à-fait positifs d'une semblable cardiopathie; 2° l'hypertrophie et les fréquentes hypérémies dans la moitié supérieure du corps, en contraste avec la langueur et l'atrophie des organes de la moitié inférieure; 3° enfin, et principalement, les battemens violens et même l'état décidément anévrismal de la crosse aortique, la force extraordinaire du pouls dans les artères du cou, de la tête et des membres thoraciques, les dimensions évidemment exagérées de ces artères, tout cela en contraste avec le pouls faible et le très petit calibre des artères du membre abdominal. Voilà, encore un coup, trois contrastes

bien faits, surtout le dernier, pour donner l'éveil sur l'existence d'un rétrécissement de l'aorte.

1206. *Thérapeutique.* — Dans la presque impossibilité du diagnostic, dans l'impossibilité absolue d'une guérison radicale du mal, nous sommes donc ici réduits à faire de la médecine symptomatique et palliative. Mais gardons-nous bien d'abuser des émissions sanguines, si mal à propos préconisées par quelques auteurs pour la cure du rétrécissement aortique.

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU

TOME DEUXIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME.

